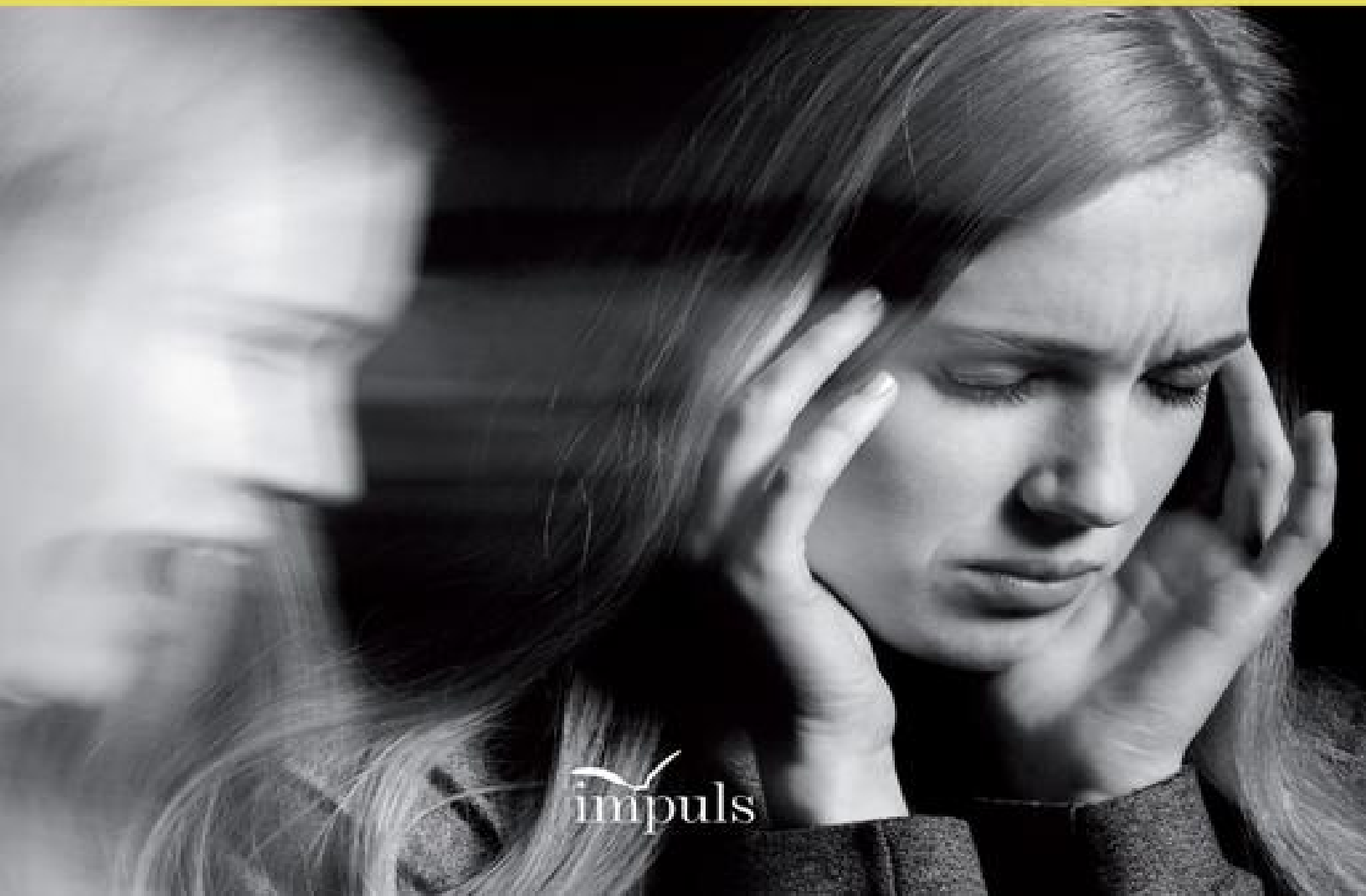
PODMIOTOWE UWARUNKOWANIA

RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

OSÓB Z USZKODZONYM SŁUCHEM

Anna Czyż



impuls

Podmiotowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem osób z uszkodzonym słuchem

Anna Czyż

impuls

Kraków 2019

Pamięci mojej mamy

Spis treści

Podziękowania
Wstęp
1. Koncepcje i uwarunkowania stresu
1.1. Od biologizmu po personalizm
1.2. Transakcyjne ujęcie stresu
1.3. Wybrane zasoby osobiste a radzenie sobie w sytuacjach trudnych
1.3.1. Samoocena jako zasób w radzeniu sobie ze stresem
1.3.2. Samoocena jako obraz jakości współżycia społecznego – socjometryczna teoria samooceny
2. Specyfika funkcjonowania psychospołecznego osób słabosłyszących
2.1. Epidemiologia występowania uszkodzeń słuchu
2.2. Wybrane konteksty diagnozy i rehabilitacji uszkodzeń słuchu
2.3. Uszkodzenia słuchu a radzenie sobie w sytuacjach trudnych
2.4. Samoocena osób z uszkodzonym słuchem
3. Metodologiczne podstawy prowadzonych badań
3.1. Przedmiot, cel badań i pytania badawcze
3.2. Zmienne, wskaźniki, metody weryfikacji danych
3.3. Narzędzia pomiaru zmiennych
3.3.1. Analiza rzetelności pomiarów, normalności rozkładu zmiennych ilościowych oraz jednorodności wariancji w badaniach własnych

3.4. Procedury prowadzenia badań

3.5. Charakterystyka próby

4. Zestawienie wyników badań nad poziomem stresu osób z uszkodzonym narządem słuchu kwestionariuszem PSS-10

4.1. Wyniki badań ogółem

4.2. Wyniki badań w podziale według zmiennej płeć

4.3. Wyniki badań w podziale według zmiennej wiek

4.4. Wyniki badań w podziale według zmiennej miejsce zamieszkania

4.5. Wyniki badań w podziale według zmiennej pozycja zawodowa

4.6. Wyniki badań w podziale według zmiennej sposób protezowania

4.7. Wyniki badań w podziale według zmiennej głębokość niedosłuchu

5. Zestawienie wyników badań nad strategiami radzenia sobie ze stresem osób z uszkodzonym narządem słuchu kwestionariuszem Mini-COPE

5.1. Wyniki badań ogółem

5.2. Wyniki badań w podziale według zmiennej płeć

5.3. Wyniki badań w podziale według zmiennej wiek

5.4. Wyniki badań w podziale według zmiennej miejsce zamieszkania

5.5. Wyniki badań w podziale według zmiennej pozycja zawodowa

5.6. Wyniki badań w podziale według zmiennej sposób protezowania

5.7. Wyniki badań w podziale według zmiennej głębokość niedosłuchu

6. Zestawienie wyników badań nad stylami radzenia sobie ze stresem osób z uszkodzonym narządem słuchu

kwestionariuszem CISS

6.1. Wyniki badań ogółem

6.2. Wyniki badań w podziale według zmiennej płeć

6.3. Wyniki badań w podziale według zmiennej wiek

6.4. Wyniki badań w podziale według zmiennej miejsce zamieszkania

6.5. Wyniki badań w podziale według zmiennej pozycja zawodowa

6.6. Wyniki badań w podziale według zmiennej sposób protezowania

6.7. Wyniki badań w podziale według zmiennej głębokość niedosłuchu

7. Zestawienie wyników badań nad samooceną osób z uszkodzonym narządem słuchu kwestionariuszem MSEI

7.1. Wyniki badań ogółem

7.2. Wyniki badań w podziale według zmiennej płeć

7.3. Wyniki badań w podziale według zmiennej wiek

7.4. Wyniki badań w podziale według zmiennej miejsce zamieszkania

7.5. Wyniki badań w podziale według zmiennej pozycja zawodowa

7.6. Wyniki badań w podziale według zmiennej sposób protezowania

7.7. Wyniki badań w podziale według zmiennej głębokość niedosłuchu

8. Zestawienie wyników badań nad związkami pomiędzy poziomem stresu, stylami i strategiami walki ze stresem oraz samooceną

8.1. Zmienne objaśniające poziom stresu oraz poziom samooceny ogólnej i jej komponentów w badanej próbie

8.1.1. Zmienne objaśniające poziom stresu

8.2. Komponenty samooceny a aktywne sposoby walki ze stresem
8.3. Komponenty samooceny a sposoby walki ze stresem skoncentrowane na poszukiwaniu wsparcia
8.4. Komponenty samooceny a pasywne i unikowe sposoby walki ze stresem
8.5. Komponenty samooceny a sposoby walki ze stresem zorientowane na emocje i zwrot ku religii
8.6. Zmienne objaśniające poziom ogólnej samooceny w badanej próbie
8.7. Związki pomiędzy komponentami samooceny a poziomem stresu, sposobami walki ze stresem
8.7.1. Kompetencje
8.7.2. Bycie kochanym
8.7.3. Popularność
8.7.4. Zdolności przywódcze
8.7.5. Samokontrola
8.7.6. Samoakceptacja moralna
8.7.7. Atrakcyjność fizyczna
8.7.8. Witalność
8.7.9. Integracja tożsamości
8.7.10. Obronne wzmacnianie samooceny
9. Analiza i interpretacja wyników badań
9.1. Poziom stresu oraz analiza uwarunkowań trendu
9.2. Strategie, style walki ze stresem a samoocena
9.2.1. Ogółem
9.2.2. Płeć
9.2.3. Wiek
9.2.4. Miejsce zamieszkania
9.2.5. Pozycja zawodowa
9.2.6. Sposób protezowania

9.2.7. Głębokość niedosłuchu

9.3. Analiza związków pomiędzy poziomem stresu, stylami i strategiami walki ze stresem oraz samooceną

10. Odpowiedzi na pytania badawcze

11. Wnioski i postulaty

Zakończenie

Aneks

Załącznik 1

Załącznik 2

Bibliografia

Strona redakcyjna

Podziękowania

Niniejsza rozprawa to owoc kilkuletniej pracy w środowisku osób z uszkodzonym słuchem i dla środowiska osób z uszkodzonym słuchem. Doświadczenia na stanowisku pedagoga, terapeuty oraz protetyka słuchu pozwoliły mi lepiej zrozumieć ich potrzeby i przenieść obserwacje do świata nauki. W tym miejscu chciałabym serdecznie podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do mojego osobistego rozwoju. W szczególności pragnę podziękować swoim pacjentom, których będę mieć zawsze w pamięci, a których jakość życia i funkcjonowania była priorytetem mojej codziennej pracy. Wszystkim osobom, które pomagały w gromadzeniu ogromnej ilości danych, aby ta książka mogła powstać, każdemu anonimowemu uczestnikowi 428-osobowej próby badawczej, ludziom, którzy – nie bez wielkiego wysiłku – potrafili bezinteresownie pomóc, przekazuję najszczersze wyrazy uznania i szacunku.

Do władz Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie kieruję słowa podziękowania za stworzenie warunków pracy i wsparcie moich naukowych przedsięwzięć. Jestem wdzięczna swoim koleżankom z najwspanialszej Katedry Rehabilitacji Osób z Zaburzeniami Słuchu i Komunikacji kierowanej przez prof. Katarzynę Plutecką, naszą mentorkę i przyjaciela. Bardzo serdecznie dziękuję pani mgr Małgosi Woźniakowskiej, mgr Marii Kromce, mgr Marzenie Tabor oraz mgr Natalii Malik, których wsparcie w organizacji badań okazało się nieocenione.

Praca powstawała, można rzec półżartem, na dwóch krańcach świata – w Polsce i w Republice Południowej Afryki, gdzie w ciszy i dzięki wsparciu wspaniałych osób, prof. Eweliny Niemczyk i prof.

J.P. Rossouwa, znalazłam czas i siłę na ukończenie rozprawy. Stąd też ogrom podziękowań kieruję do moich przyjaciół z drugiej strony globu, mając ich w sercu i pamięci każdego dnia.

Serdecznie dziękuję recenzentom pracy – prof. nadzw. dr hab. Dorocie Podgórskiej-Jachnik oraz prof. zw. dr. hab. Tadeuszowi Gałkowskiemu – za trud włożony w głęboką analizę dysertacji, czego implikacją było jej udoskonalenie z uwzględnieniem ich merytorycznych uwag i wskazówek.

Nie sposób wymieniać wszystkich osób, których dobroć i wsparcie przyczyniły się do powstania tej książki. Chciałabym jednak, aby moja rodzina i wszyscy przyjaciele wiedzieli, jak bardzo są ważni. Dziękuję Wam ogromnie, że potraficie przeżywać moje sukcesy i porażki.

Wstęp

Książka stanowi wkład w rozwój obszaru nauk społecznych. Podjęta w niej problematyka wykracza jednak poza sztywne ramy jego dyscyplin i subdyscyplin. Opracowanie łączy wiedzę z zakresu psychologii, audiofonologii, socjologii i jest próbą wprowadzenia jej do surdopedagogiki.

Rozprawa dostarcza wiedzy na temat specyfiki bio-psycho-społecznego funkcjonowania osób z trudnościami słuchowymi w okresie późnej adolescencji (w wieku młodzieńczym) i wczesnej dorosłości. Podejmuje problematykę wpływu niedosłuchu na codzienne życie, wskazuje, jak ukierunkowywane są działania osób nim dotkniętych, co je warunkuje i czy podejmowane aktywności pozwalają na skuteczną walkę z przeciwnościami losu. Osadzona w transakcyjnej teorii stresu Lazarusa i Folkman oraz teorii zasobów Hobfolla, pokazuje, jaki jest poziom stresu, które zmienne demograficzne najlepiej ten poziom opisują i jakie style oraz strategie walki ze stresem są najczęściej stosowane. Konfrontuje powyższe, zgodnie z teorią Leary'ego i Baumeistera, z percepcją siebie jako obrazem społecznego funkcjonowania jednostki.

Jakość życia w dzisiejszych czasach uzależniona jest od wielu czynników, w tym środowiskowych. Paradoksalnie to, co powoduje, iż człowiek wyżej funkcjonuje, co polepsza jego egzystencję, może wpływać bardzo destrukcyjnie na niego samego. Człowiek wykorzystuje możliwości techniki do przeobrażenia na własną modłę i dla własnej użyteczności świata, z jednej strony kreując dla siebie lepsze możliwości życia, ale z drugiej strony tworząc środowisko nienaturalne, wręcz wrogie dla

niego samego, niesprzyjające, stresogenne i trudne adaptacyjnie. Niehigieniczny tryb życia, wszechobecne zanieczyszczenia, hałas powodują powstawanie wielu niedomagań zdrowotnych.

Do chorób i niesprawności cywilizacyjnych XXI wieku należą także uszkodzenia zmysłów, w tym słuchu. Szacuje się, iż liczba osób dotkniętych niedosłuchem wynikającym z przyczyn głównie środowiskowych będzie wzrastać. Od 1986 do 2010 roku WHO (2010) odnotowało 662-procentowy wzrost zapadalności na uszkodzenia słuchu (z 42 mln do 278 mln ludzi na świecie), choć mówi się, iż liczba rzeczywista wynosi nawet 900 mln osób. Najliczniejszą grupę stanowią osoby, których niedosłuch nie ma przyczyn genetycznych, a właśnie środowiskowe i/lub wynikające ze starzenia się komórek słuchowych. To młodzież i dorośli z różnym stopniem – głębokością – problemów percepcyjnych, wymagający stałej opieki i wsparcia w funkcjonowaniu. Generuje to potrzebę tworzenia systemu pomocy, rehabilitacji i opieki zdrowotnej innej niż dotychczas, skupiającej się nie tylko na grupie dzieci i ich rozwoju mowy czy wykorzystywaniu informacji akustycznych, ale także na terapii skoncentrowanej na wsparciu holistycznego, bio-psycho-społecznego funkcjonowania wszystkich osób z deficytami słuchowymi, niezależnie od wieku.

Szacuje się, iż specjalistyczny sprzęt medyczny poprawiający lub umożliwiający percepcję dźwięków posiada tylko jedna na czterdzieści osób z uszkodzonym narządem słuchu, co stanowi niespełna 10% osób wymagających wsparcia technicznego w rozumieniu treści przekazu na całym świecie (WHO, 2010). Zakładając, iż każda z tych osób otrzymała odpowiednią pomoc rehabilitacyjną, nadal 90% potrzebujących pozostaje absolutnie bez żadnego wspomagania funkcjonowania. Szacuje się, iż w samej Polsce ok. 900 tys. osób cierpi z powodu ubytku słuchu. Rokrocznie u ok. 300 noworodków stwierdza się wadę słuchu, a ok. 100 osób dorosłych traci słuch w wyniku różnych wypadków. Dane statystyczne pokazują, iż jedynie 20% osób potrzebujących korzysta ze specjalistycznych sprzętów wspomagających słyszenie, większość z nich nie jest objęta żadną pomocą specjalistyczną (Biuro Kongresu Kobiet, 2011). Powyższe dane ukazują ogrom

braków w systemie terapii, w szczególności osób starszych, od najniższego szczebla – dostępu do środków umożliwiających egzystencję w świecie dźwięków – po rehabilitację postprotetyczną. Obserwując możliwości uzyskania pomocy, można rzec, iż z wiekiem człowiek może spodziewać się coraz mniejszego wsparcia ze strony profesjonalistów, także w zakresie oddziaływań protetycznych i psychopedagogicznych związanych z protezowaniem i terapią postprotetyczną.

Rehabilitacja osób z uszkodzonym słuchem nie może ograniczać się do działań terapeutycznych, ale przede wszystkim musi wzmacniać umiejętności życia i współżycia w otoczeniu; przygotowywać do radzenia sobie z codziennymi trudnościami. Rehabilitacja powinna uwzględniać i poszerzać ofertę pomocy o wsparcie człowieka w adaptacji i readaptacji do warunków środowiska, wykształcania odpowiedniego obrazu siebie, wzmacniania struktur osobowości, formowania tożsamości i wykorzystywania potencjału poznawczego, emocjonalnego i innych ważnych z psychopedagogicznego punktu widzenia obszarów, ułatwiających radzenie sobie z trudami egzystencji.

System rehabilitacji nie powinien koncentrować się jedynie na osobach już dotkniętych niedosłuchem, lecz obejmować oddziaływaniami profilaktycznymi i szerzącymi wiedzę na temat zjawiska niedosłuchu całe społeczeństwo. Warunkiem stworzenia odpowiednich, spersonalizowanych programów pomocowych są poznanie potrzeb osób z uszkodzonym słuchem, możliwości i specyfiki ich funkcjonowania oraz aktualizacja stanu wiedzy na ten temat.

Niniejsza książka nie rozwiązuje wszystkich problemów łączących się z tematyką stresu wśród osób z uszkodzonym słuchem, pozwala jednak dostrzec i zrozumieć niektóre jego aspekty, a dzięki temu udzielać lepszego wsparcia psychopedagogicznego osobom niesłyszącym i słabosłyszącym, co może się przełożyć na lepszą jakość ich funkcjonowania i życia. Jest to pozycja dedykowana wszystkim tym, którzy profesjonalnie zajmują się rehabilitacją, nauczaniem i wychowaniem osób z uszkodzonym słuchem. Problematyka badawcza koncentruje się

wokół trudnych sytuacji, sposobów ich przezwyciężania i podmiotowych uwarunkowań radzenia sobie z codziennym stresem.

1. Koncepcje i uwarunkowania stresu

1.1. Od biologizmu po personalizm

Badania nad stresem sięgają początków XX wieku, kiedy to zwrócono uwagę na występowanie zjawisk charakterystycznych dla przyrody nieożywionej, opisywanych jako napięcia, naprężenia, o wspólnej nazwie „stress". Prace nad specyfiką reakcji biologiczno-fizjologicznych na pewne bodźce jako pierwszy podjął Cannon (1915). Jego uwagę zwróciły wspólne wszystkim żywym organizmom zachowania – reakcje na działanie bodźców, mające odzwierciedlenie w nieuświadomionych reakcjach afektywnych. Choć spostrzeżenia Cannona nigdy nie zostały przez autora potwierdzone empirycznie (bazowały jedynie na obserwacjach własnych oraz lekturze prac behawiorystów), okazały się kluczowe dla zrozumienia istoty stresu biologicznego. Powszechność, powtarzalność i specyfika reakcji oraz okoliczności ich powstawania dały z czasem sygnał do poszukiwań związków pomiędzy ludzką psychiką a reaktywnością organizmu. Cannon jako pierwszy zwrócił uwagę na udział układu wewnątrzwydzielniczego kontrolowanego za pomocą systemu nerwowego w reakcji na bodziec. Dzięki powiązaniu z sobą informacji stworzył koncepcję mechanizmu reakcji stresowej opartej na współistnieniu bodźca wywołującego zmianę, reakcji układu dokrewnego i udziału hormonów (głównie kory nadnerczy), kontroli układu przez system nerwowy i dążenia organizmu do powrotu do stanu pierwotnego. Dążenie do utrzymania równowagi jako mechanizmu autoregulacji nazwał

utrzymywaniem homeostazy. Założył, iż każdy zdrowy organizm uwikłany w sieć powiązań środowiskowo-społecznych narażony na działanie różnego rodzaju bodźców wywołujących stan dezintegracji potrafi zmobilizować i uruchomić takie procesy przystosowawczo-naprawcze, które pozwolą na odzyskanie *equilibrium* (Cannon, 1929, s. 400). Cannon zapoczątkował prace naukowe w obszarze nauk społecznych i humanistycznych nad stresem, który rozumiał jako reakcję, stan, objaw. Połączył on psychikę ludzką z reakcją organizmu, a zasoby środowiska wewnętrznego uczynił regulatorami homeostazy. Ukazał, iż reakcja organizmu jest ściśle powiązana z poznawczą interpretacją wpływu bodźca na organizm. Choć sam nie wprowadził terminu „stres" do nauki, uczynił krok milowy w rozumieniu zachowań ludzkich w powiązaniu z reakcjami na wymagania środowiska, w którym egzystuje.

Prace Cannona poniekąd kontynuowane były przez Selyego. Młody lekarz już podczas studiów zainteresował się reakcjami organizmów niezależnymi od jednostek chorobowych, wspólnymi dla większości pacjentów. Jego spostrzeżenia przez długi czas nie były wykorzystywane, aż do momentu, kiedy pracując w laboratorium badawczym nad odkryciem nowego hormonu płciowego, Selye zauważył, iż niezależnie od ekspozycji na bodziec, żywe organizmy reagują w podobny sposób. Pierwsze prace skupione były na biologicznych aspektach stresu. Selye stworzył koncepcję powstawania, utrzymywania i wygaszania reakcji stresowej, powiązał działanie układu hormonalnego z reakcją stresową, opisał fazy reakcji stresowej od pierwszej, jaką była uogólniona reakcja alarmowa, poprzez drugą, rozumianą jako uogólniony syndrom przystosowawczy (stadium odporności), po trzecią – fazę wyczerpania (Selye, 1936). Z czasem nauka została wzbogacona o wiedzę dotyczącą syndromu GAS (*general adaptation syndrome*), a następnie LAS (*local adaptation syndrome*), czyli uogólnionej lub miejscowej reakcji na ekspozycję na bodziec. W powiązaniu z syndromem adaptacyjnym Selye zwrócił uwagę na występowanie choroby wynikającej ze złego funkcjonowania mechanizmu adaptacyjnego. Jednocześnie

postulował, iż stres towarzyszy człowiekowi całe życie i jest *de facto* oznaką jego istnienia. W 1956 roku, używając wprowadzonych do słownika pojęć naukowych terminów „stres" i „stresor", Selye pierwszy raz podał definicję stresu, będącą rezultatem kilkunastu lat spędzonych na prowadzeniu laboratoryjnych eksperymentów. Zgodnie z tą definicją „[…] termin stress określa sumę wszystkich nieswoistych skutków działania różnych czynników […] które mogą oddziaływać na ustrój" (Selye, 1956, s. 54). W późniejszych pracach (1960, 1974, 1978, 1979a, 1979b), prawdopodobnie pod wpływem komentarzy dotyczących ograniczoności jego teorii stresu do biologicznych reakcji organizmu, Selye próbował powiązać swoje badania ze środowiskowymi teoriami stresu oraz udziałem psychologicznych komponentów w rozumieniu zjawiska.

Selye nie mógł przeoczyć pierwszej pracy badającej podmiotowe uwarunkowania stresu i walki z jego skutkami. Była to opublikowana w 1945 roku ponad 400-stronnicowa rozprawa zatytułowana *Men under stress*, autorstwa Grinkera i Spiegela, ludzi zawodowo związanych z armią (lotnictwem wojskowym). Przeanalizowano w niej ogrom kontekstów stresu – od charakterystyki doboru członków sił powietrznych i ich odporności, twardości i opanowania przez system szkoleniowy, specyfikę funkcjonowania żołnierzy w stresie po koszty zdrowotne – fizyczne i psychiczne, jakie ponosili, i możliwości powrotu do zdrowia psychicznego. Przypuszczalnie to pod jej wpływem Selye warunkował zarówno doświadczanie stresu, jak i konsekwencje oraz sposoby łagodzenia jego skutków psychospołecznymi kontekstami funkcjonowania człowieka w powiązaniu z jego biologizmem. Ta wyjątkowa z racji okresu powstania i specyfiki próby badawczej praca opierała się na analizie funkcjonowania psychiki doświadczonych przez wojnę weteranów związanych z lotnictwem wojskowym, powracających do Stanów Zjednoczonych z uszkodzeniami nie tyle fizycznymi, ile psychicznymi. Próba osób, których funkcjonowanie było przedmiotem analiz, została dobrana celowo, składała się z ludzi początkowo zdrowych psychicznie, bez zaburzeń emocjonalnych, niebojących się niebezpieczeństwa,

szybko uczących się, elastycznych i zmotywowanych do nauki latania. W okresie szkolenia wyeliminowano wszystkich, którzy byli labilni emocjonalnie, nie potrafili odpowiednio reagować na komendy, oraz mających problemy w życiu osobistym. Podczas trudów wojny poddawani byli działaniu wielu różnych stresorów, niejednokrotnie podejmowali kluczowe decyzje pod presją czasu i w obliczu zagrożenia życia. Musieli żyć, działać i reagować pod wpływem permanentnego i specyficznego stresu. Poniekąd przystosowywali się do warunków otoczenia, jednak nie było to zdrowe przystosowanie. Nieodpowiednie przystosowanie, a raczej przymusowe, zdeformowane, podszyte lękiem i podporządkowane celowi, jakim była ochrona życia i dóbr, bez prawa wyboru, jak również przeciążenie stresem skutkowały pojawianiem się u nich reakcji neurotycznych i nerwic wojennych. Specyfika sytuacji stresowej narzucała rozwiązanie, a od stopnia opanowania i umiejętności zastosowania zautomatyzowanych czynności i wyzbycia się emocjonalności zaburzającej proces decyzyjny zależało przetrwanie. Koszty, jakie ponosił człowiek, miały wydźwięk nie tyle w krótkotrwałych reakcjach fizjologicznych (choć zauważalnych), ile w długofalowych reakcjach psychicznych. W konsekwencji wymagali pomocy psychiatrycznej i psychoterapeutycznej.

Grinker i Spiegel śledzili, w jaki sposób człowiek wykorzystuje mechanizmy psychologiczne, dzięki czemu w obliczu całego okrucieństwa, jakie niesie z sobą wojna, może funkcjonować. W wyniku analiz zrodziły się pytania: czy można mówić o dysfunkcyjności w sensie psychologicznym, kiedy człowiek adaptuje się do warunków otoczenia? Co jest miernikiem adaptacji? Jak bodziec wpływa na podejmowanie decyzji oraz jak można przywrócić prawidłową adaptację i funkcjonowanie w środowisku po zadziałaniu tak silnych stresorów jak wojenne przeżycia, które odciskają najcięższe w skutkach piętno w psychice ludzkiej? Po poczynionych studiach uznano, iż nie można mówić o stresie w kontekście człowieka bez rozpoznania udziału czynników podmiotowych i środowiskowych. Należy natomiast zauważyć, iż nawet w wyniku okaleczeń psychicznych związanych

z doznawaniem stresu można „przywrócić człowieka do społeczeństwa”.

Na polskim gruncie badania, których celem była obserwacja działania człowieka pod wpływem stresu, prowadził w latach 60. ubiegłego wieku Reykowski. Szczegółowo zaplanowany eksperyment obejmował również próbę osób związanych ze służbami mundurowymi – celowo dobranych oficerów, jednakże o stosunkowo małym doświadczeniu, niepozwalającym na wykonywanie czynności operacyjnych rutynowo i automatycznie. Grupa 55 mężczyzn o specyficznych cechach charakteru, podobnych pod kątem psychologicznych predyspozycji do tych z pracy Grinkera i Spiegela, została poddana manipulacji. Badanie polegało na wykonywaniu czynności operacyjnych, jednak nie były to czynności, za które normalnie w pracy odpowiadał badany. Uczestnik musiał odpowiednio reagować na wydarzenia wprowadzane według zaplanowanego przez badaczy scenariusza. Był to szereg nieprzewidywanych zdarzeń, piętrzących się trudności, zwrotów akcji. Dzięki obserwacjom zachowań osób działających pod presją w 1966 roku Reykowski opublikował regulacyjną teorię stresu, której sednem było ukazanie podmiotowych uwarunkowań radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz wydolności człowieka w radzeniu sobie z zadaniami pod wpływam stresu. Reykowski dowiódł istnienia centralnego systemu regulacji, który w sytuacji presji steruje aktywnością człowieka, mobilizuje do działań mających na celu usunięcie trudności i odzyskanie, a nawet przejęcie kontroli nad sytuacją. System tworzą struktury sterujące, kontrolujące i organizacyjne. Jego nadrzędnymi funkcjami są rozpoznanie, ocena przeszkody oraz organizowanie i koordynowanie działań mających na celu rozładowanie napięcia wywołanego przeszkodą. System interaktywny sterowany jest centralnie, a w jego skład wchodzą struktury osobowości podlegające procesowi zmiany (dojrzewania), system poznawczy, który musi zachowywać elastyczność i sprawność, a którego rolą jest kierowanie procesami absorbowania i przetwarzania informacji, zarządzania emocjami i zachowaniami ludzkimi, emocje i motywacje człowieka

oraz jego aktualny stan psychofizyczny. System działa względnie stabilnie nawet w obliczu wielu trudnych sytuacji, jednak kumulacja przeszkód oraz ich waga mogą prowadzić do jego wyczerpania i niewydolności. Reykowski stan, w którym system może względnie prawidłowo działać, nazywa jego odpornością. Jest to swoista granica, której przekroczenie prowadzi do spadku jakości wykonywanych czynności, upośledzenia działania systemu, a w konsekwencji do jego całkowitego rozstrojenia i niewydolności. Załamanie odporności systemu może mieć charakter chwilowy (po zmniejszeniu ekspozycji na bodziec system powraca do względnie normalnego działania) bądź patologiczny, chroniczny, trwały, prowadzący do wyczerpania mechanizmów obronnych i regulacyjnych, manifestujący się dezorganizacją, niekontrolowalnością działania.

W pracach Reykowskiego pojawiła się jedna z pierwszych wzmianek dotyczących podejmowania działań nie z własnych pobudek, ale z pobudek społecznych. Człowiek zanurzony w środowisku, uwikłany w różne układy, jednocześnie jest biorcą i dawcą. Czerpie ze społeczeństwa, ale też wnosi z życie społeczne wartości. Dysponując odpowiednimi środkami, potrafi walczyć z przeciwnościami ze względu na nie tylko własne dobro, lecz także dobro wspólne. Kulturowo-środowiskowe konteksty stresu były podstawą rozważań Hobfolla na temat zjawiska stresu i jego środowiskowych uwarunkowań. Działania dla dobra innych rozpatrywał z perspektywy kolektywnej i indywidualistycznej.

Badania Reykowskiego prowadzone były w specyficzny sposób, na specyficznej próbie, i ciężko zaprzeczać, choćby ze względu na fakt, iż ludzie celowo wybierają zawody w służbie innym, że człowiek faktycznie może nie tylko przejawiać pewne kolektywne skłonności do działania dla dobra społeczności, w której żyje, ale też czerpać siłę z przynależności. Tworzy, daje i czerpie. Pojawia się zatem pytanie o bezinteresowność podejmowanych trudów. Mimo iż Hobfoll (2004, 2006) w swoich rozważaniach uwzględnia szeroki kontekst kulturowy, to jednak ukazuje człowieka, który przede wszystkim działa dla dobra własnego, a dopiero przez zaspokojenie własnych potrzeb – dla dobra wspólnego.

Zachowania przystosowawcze jednostki mają na celu ochronę pierwotną gatunku. Stres związany ze zmiennością środowiska zewnętrznego jest czynnikiem zagrażającym człowiekowi, jego przetrwaniu. Hamuje lub uniemożliwia odpowiednie przystosowanie. Aby pokonać trudy i sprostać wymaganiom przystosowawczym, człowiek uruchamia własne zasoby zarówno zewnętrzne, jak i wewnętrzne, które mu to ułatwią i umożliwią. Obserwacje autora dowodzą również, że człowiek gromadzi w otoczeniu zasoby, tworzy bufory umożliwiające ochronę i pomnażające potencjał ochronny. Pierwsze z nich bazują na sieciach, więziach, relacjach, układach społecznych pomiędzy członkami społeczeństwa/grupy/klasy. Struktura wsparcia społecznego polega na czerpaniu siły z przynależności. Kontakty dostarczają poczucia stabilności, przewidywalności. Wyzwalają pozytywne emocje. Drugie koncentrują się na aspektach wsparcia społecznego (relacyjnego). Tworzy ono swoisty bufor chroniący przed skutkami stresu. Powoduje to redukcję napięcia i zagrożenia stanem patologicznym. Buforowy model pokazuje również, jak relacje społeczne wpływają na poprawę samooceny, zwiększenie poczucia wartości. Tym samym teoria Hobfolla nawiązuje do nurtu relacyjnego, ale nacisk kładziony jest nie na ocenę jakości relacji, lecz na zasoby osobiste[1], przy założeniu, iż źródło stresów to zakłócenie równowagi w wymianie właśnie tych zasobów w związku człowiek – otoczenie (Hobfoll, 1988, 1989).

W koncepcji Hobfolla upatruje się ogólnych zasad kierujących celowym zachowaniem człowieka zmierzającym do utrzymania, ochrony i pomnażania własnych zasobów rozumianych jako cenione przez jednostkę przedmioty, wartości, właściwości, okoliczności i czynniki sprzyjające. Zasoby dzieli się na pierwotne i wtórne. Pierwsze wyrastają z prymarnych potrzeb człowieka, do których z antropologicznego punktu widzenia należą potrzeby zdobywania dóbr, w tym pożywienia, oraz zapewnienia trwania gatunku. Zasoby wtórne, często zarówno materialne, jak i niematerialne, w tym symboliczne, wyrastają nie tyle z potrzeb, ile z pożądania człowieka, jako substytut pierwotnych,

nieprzystających i nieaktualnych w dzisiejszych czasach, jednak pełniących taką samą funkcję. Podlegają tak samo jak onegdaj wymianie, pomnażaniu, kumulacji, akomodacji, bezsprzecznie i nieustannie służą (jak pierwotne) zaspokajaniu potrzeb, jednak rozpatrywać je należy w kontekście zmiany nie tyle pokoleniowej, ile ewolucyjnej. Niedostatek zasobów czy ich zupełny brak prowadzą do odczuwania dyskomfortu egzystencji, wyzwalają poczucie zagrożenia, ale zarazem stymulują do podejmowania walki w celu usunięcia lub zniwelowania takiego stanu rzeczy. Człowiek, rozumiejąc specyfikę sytuacji, analizuje stan faktyczny, zestawia ze stanem wymaganym/pożądanym, a powstały i wykryty dysonans interpretuje jako stres. Jednocześnie powstałą sytuację estymuje jako wyzwanie, tworzą się w jego systemie kognitywno-emocjonalnym symboliczna warstwa celów i popęd do ich osiągania.

Współczesne cele, jak wcześniej wspominano, służą przetrwaniu gatunku, jednak ich charakter jest ekstremalnie różny od charakteru pierwotnych (zdobywanie pożywienia, ochrona terytorialna, zdobywanie partnera itp.). To cele o wysokim stopniu symboliki, gdzie dobro materialne, status społeczny czy sukces mają zupełnie inne znaczenie niż pierwotnie. Pieniądze, sława, pozycja, status, standard, zdobywanie, bezpieczeństwo różnicują epoki ze względu na standardy i rozwój życia. Pomimo ogromnych różnic przeznaczeniem ich są jednak – jak pierwotnie – podtrzymanie gatunku i przetrwanie.

W zbiorze zasobów Hobfoll (2006) wyróżnił: zasoby fizyczne, czyli znajdujące się w otoczeniu przedmioty, oraz dobra osobiste – materialne. Poza nimi wskazał warunki, w tym pracę, naukę, rozwój osobisty, oraz zasoby podmiotowe, związane ze strukturami osobowościowymi, inteligencją, emocjonalnością itp., jak również zasoby magazynujące energię, wiedzę i umiejętności.

Jak wyżej wspomniano, zasoby mogą być pomnażane, kumulowane, wydatkowane. Generalnie podlegają zachowaniom społeczno-ekonomicznym, które polegają m.in. na dopasowywaniu, przekazywaniu, krzyżowaniu, katalizowaniu i urzeczywistnianiu zasobów, a także procesom powodującym ich

ograniczanie czy redukowanie. Duże znaczenie dla radzenia sobie w sytuacjach trudnych poza możliwością wymiany zasobów ma to, że mogą zostać niezamierzenie utracone. Hobfoll (2006) zjawisko to nazywa wyciekiem zasobów w przebiegu uwikłania w spirale – cykle strat – poprzez słabą ich mobilizację lub małą skuteczność użycia i pomnażania. Prowadzi to do obniżenia jakości radzenia sobie ze stresem, co z kolei pogłębia utratę zasobów, prowadzi do kolejnego ich uszczuplenia.

Teoria zachowania zasobów została z czasem zastosowana w badaniach społecznych. Główną implikacją badań było ustalenie, iż utrata zasobów jest niezaprzeczalnie, a nawet nieproporcjonalnie ważna w porównaniu z ich pomnażaniem – kumulacją, przyrostem. Można domniemywać, iż człowiek inwestuje siły nie tylko w *stricte* zasoby, ale przede wszystkim w ich użycie. Uczy się manipulować zasobami i wykształca własny, spójny i specyficzny system zarządzania nimi w walce ze stresem. Aby zapobiec utracie zasobów, należy zainwestować w ich poznanie, włączać we wspomniane sposoby wykorzystania nowe zasoby (Hobfoll, Lilly, 1993).

Rozumienie stresu przez Hobfolla jest odpowiedzią na niejednoznaczności w podejściu innych naukowców do tego zjawiska, teoretyzowanie bez empirycznych dowodów – niewywodzenie definicji z empirii. Jego koncepcja ma korzenie bezpośrednio w podstawowym założeniu dotyczącym teorii zasobów. Stres psychologiczny definiowany tu jest jako reakcja na środowisko, w którym występuje: (a) zagrożenie utratą zasobów, (b) strata zasobów lub (c) brak przyrostu zasobów po zainwestowaniu zasobów. Zarówno postrzegana, jak i rzeczywista utrata lub brak wzmocnienia są uważane za wystarczające do wytworzenia stresu (Hobfoll, 1989, s. 516).

1.2. Transakcyjne ujęcie stresu

Rozwój psychologii zdrowia w końcu ubiegłego wieku przyniósł przełomowe koncepcje stresu, takie jak teoria zachowania zasobów Hobfolla, ale przede wszystkim zwrócił uwagę na rolę obserwacji zachowań ludzkich w naturalnych sytuacjach stresowych. Nurt ów nie uwzględniał biologicznych zjawisk obserwowalnych laboratoryjnie, jak w przypadku badań Selyego, lecz skupiał się na człowieku w akcji, zmagającym się z trudnymi sytuacjami życia codziennego. W owym podejściu liczyły się indywidualna percepcja źródła stresu, jego ocena, ocena własnych możliwości oraz podjęty trud i charakterystyczny sposób przezwyciężenia trudnej sytuacji lub złagodzenia jej skutków.

Rozprawa Kozieleckiego z 1979 roku pozwoliła zwrócić uwagę na działanie człowieka w sytuacji stresowej, w której dokonuje on jej analizy, podejmuje trud estymacji zysków i strat, podejmuje działania lub z nich rezygnuje w celu pokonania trudności. Ocena ryzyka odbywa się z wykorzystaniem czterech kryteriów: ryzyka straty, oczekiwania straty, rozpiętości wyników, wariancji wyników działania. Proces przebiega zawsze pod wpływem emocji, a estymowane sytuacje są przeważnie złożone i trudne, często wręcz niebezpieczne i ryzykowne, przez co sam proces oceny sytuacji stresowej należy do jednych z najtrudniejszych i również stresogennych. Kozielecki nie skupia się w swoich rozważaniach na *stricte* stresorze – bodźcu, lecz na interakcji człowiek – otoczenie, każdorazowo implikującej różnej mocy stres. Co więcej, człowiek w walce ze stresem szacuje, jaka będzie moc stresu i jakie będą jego konsekwencje, a działania podejmuje ze świadomością ponoszonych kosztów. Pokonywanie stresu łączy Kozielecki z indywidualnym podejściem do podejmowania zachowań ryzykownych. Preferencje podmiotowe oraz różnice indywidualne pozwalają na planowanie i podejmowanie

aktywności z kalkulacją ich jakości w kontekście korzyści, pożądania, przyjemności, awersyjności itp.

Tomaszewski (1979, 1984) zauważa, iż realizacja zadań trudnych i walka ze stresem są niejako potrzebą podmiotową. Nawiązując do teorii regulacyjnej Reykowskiego, twierdzi, iż w naturalnych warunkach człowiek ma potrzebę pokonywania przeszkód, ponieważ te zaburzają homeostazę organizmu. W toku interakcji dąży do przywrócenia poziomu względnej równowagi. Działania człowieka mają dwojaki obserwowalny charakter: pokonywania przeszkód i adaptacji do warunków otoczenia. Co więcej, autor zauważa, że człowiek pozostaje w ciągłym procesie pokonywania i adaptacji, a wewnętrzne i zewnętrzne środowisko tworzy tu układ równoważny. Podleganie zmianom ma charakter permanentny, a człowiek nigdy nie osiąga krańców kontinuum – wysycenia stanu równowagi lub zupełnego rozpadu homeostazy. Do regulacji homeostazy służą układy oceniające, kontrolujące i wykonawcze: aktywacyjno-
-emocjonalny, sensoryczno-motoryczny i orientacyjno-programujący.

Ocena sytuacji stresowej staje się przedmiotem dyskusji także w transakcyjnym ujęciu stresu, nazywanym też fenomenologiczno-poznawczym. To wartościowanie źródła stresu, ocena własnego potencjału oraz szacowanie zysków i strat w sekwencyjnej reaktywności na stres. Teoria Lazarusa i Folkman (1986, 1987) poddaje analizie trzy rodzaje stresu: psychologiczny, społeczny i fizjologiczny, przy czym mając na uwadze istnienie specyficznych reakcji biologicznych, ostatni z aspektów pomija w obserwowaniu relacji człowiek – sytuacja stresowa. Nie negując bazalnych reakcji somatycznych – objawów biologiczno-chemicznych – rozpatruje stres w kontekście codziennych, trudnych sytuacji oraz warunków podmiotowych, przede wszystkim sprawności kognicji. Lazarus (1986) udowadnia, iż nie tylko „duże wydarzenia” mają negatywny wpływ na zdrowie – są destrukcyjne dla człowieka, lecz również niewielkie, powtarzające się, tj. małe, kumulujące się stresy codzienne. Dlatego tak istotne jest to, jak człowiek na co dzień potrafi pokonywać przeszkody, adaptować siebie i swoje

postepowanie do warunków otoczenia, rozporządzać zasobami w celu uniknięcia nadmiernego obciążenia.

Relacja człowiek – otoczenie podlega podmiotowej, permanentnej ocenie. W sytuacji trudnej – stresowej – relacja ta estymowana jest jako wymagająca wysiłku, nadwyrężająca lub przekraczająca możliwości standardowego radzenia sobie. Odczuwany stan można nazwać zagrażającym, naruszającym poczucie stabilności. Sytuacja stresu oceniana jest przez podmiot dwukrotnie. Pierwsza ocena następuje w momencie zadziałania bodźca. Podmiot dokonuje analizy poznawczo-wartościującej, subiektywnie określa znaczenie działającego bodźca. Zachowanie człowieka jest odpowiedzią na bodziec oraz efekt, jaki z sobą niesie owo zachowanie. Jeśli w pierwszym kroku podmiot uznaje, iż wydarzenie nie ma dla niego wystarczającej wagi, nie podejmuje aktywności. Jeśli natomiast uzna, iż powinien zaangażować siły i podjąć aktywność, dokonuje dalszego rangowania. Konfrontując znaczenie sytuacji, stawianych wymagań z własnymi możliwościami, wtórnie estymuje wpływ zdarzenia na jakość funkcjonowania w kategorii zysków i strat. Człowiek ocenia zdarzenie w kategoriach: krzywdy – straty, zagrożenia – potencjalnej straty lub krzywdy albo wyzwania – możliwości nie tylko uzyskania profitów, ale również doznania straty. Ocena wtórna stanowi początek transakcji stresowej (Lazarus, Folkman, 1984).

Człowiek w konfrontacji ze stresem stosuje różne sposoby przezwyciężania sytuacji trudnych. Lazarus (1993) zwrócił uwagę na podmiotowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem, które podlegają zmianom adaptacyjnym. Kontekst różnic indywidualnych uwidacznia różnorodność percepcji sytuacji trudnych czy ich estymacji, jak również prezentowania specyficznych stylów czy strategii w konfrontacji z problemami. Ogół zachowań, kalkulacji na skalach przydatność – bezużyteczność oraz skuteczność – nieefektywność i zmian Lazarus uczynił odpowiedzialnym za specyfikę przystosowania organizmu. Charakter transakcji w sytuacji stresu jest podyktowany indywidualnością nie tylko wyżej wspomnianych subiektywizmów, lecz także specyfiki koegzystencji

czasoprzestrzennej podmiotu. Pełny ogląd sytuacji transakcyjnej zyskuje się przy udziale czynnika zwanego obiektywnym obserwatorem.

Wobec trudności życiowych człowiek na różne sposoby stara się poprawić jakość swojego funkcjonowania. Zazwyczaj sposób dostosowuje do okoliczności, jednak zauważa się, iż ludzie często sięgają po metody sprawdzone, działające, stosowane schematycznie, z nadzieją na ich ponowną skuteczność, z poczuciem względnego bezpieczeństwa. Czasami dzieje się tak nawet wtedy, kiedy nie obserwuje się pozytywnych efektów. Nawykowość nie pozwala bowiem na zastosowanie innowacyjnych środków lub po prostu nie są one człowiekowi znane/dostępne.

Pierwotnie strategie wybierane są odpowiednio do typu osobowości i temperamentu oraz zasobów emocjonalnych i poznawczych. Zalicza się do nich strategie nastawione na konfrontację z przeszkodą, przejmowanie odpowiedzialności, planowanie rozwiązań, samokontrolę, poszukiwanie wsparcia, pozytywne przewartościowanie, dystansowanie od problemu, ucieczkę. Planowanie rozwiązań oraz pozytywna ponowna ocena wspierają pozytywną emocjonalność, natomiast strategie konfrontacyjne i dystansujące wzmagają emocjonalność negatywną. Wybór strategii podlega również zmianie czasowej, a ta jest w dużej mierze uzależniona od oceny wtórnej sytuacji stresowej. Wybór strategii podyktowany jest też subiektywnie określaną wagą problemu. Jeśli przeszkoda nie obciąża zbytnio człowieka, częściej stosuje się strategie ukierunkowane na rozwiązanie problemu, konfrontację, skupienie sił na zadaniu. W miarę zwiększania wagi przeszkody działania ukierunkowywane są na emocje.

Jak pisano wyżej, człowiek pokonuje trudności w pewien właściwy sobie sposób. Schwarzer i Taubert (1999) również podjęli rozważania nad indywidualnymi sposobami radzenia sobie ze stresem. Radzenie sobie ze stresem może według autorów być procesem rozumianym jako całość aktywności podejmowanej w celu pokonania sytuacji trudnej z ukierunkowaniem na stosowanie indywidualnie dobranych i akceptowanych sposobów pokonywania

trudności. Sposoby te nazywa się strategiami lub ogólną dyspozycją – stylem (pewnym trendem, tendencją w radzeniu sobie z trudami życia). Styl posiada status zmiennej osobowościowej i jest charakterystycznym dla jednostki repertuarem zachowań w radzeniu sobie z sytuacjami stresowymi. Działania zmierzające do pokonania stresora przebiegają według pewnego schematu, co można by było interpretować jako procesowe ujęcie transakcji stresowej. Pierwszym etapem jest gromadzenie zarówno materialnych, jak i niematerialnych zasobów (akumulacja). Kolejnym etapem radzenia sobie w sytuacji trudnej są identyfikacja źródła stresu i wstępna ocena potencjalnego i realnego zagrożenia. Następny etap to próba podjęcia wysiłku zmierzającego do pokonania stresu. Etap najważniejszy stanowią ocena sygnałów płynących z otoczenia, wydobywanie informacji i ich interpretacja, poszukiwanie możliwości wykorzystywania informacji zwrotnych i inwestowanie nowej wiedzy o stresie, o jego podatności na redukcję za pomocą już wykorzystanych sposobów, co prowadzi do poszerzania i pogłębiania wiedzy o świecie oraz własnym potencjale, a przez to do zwiększenia możliwości gromadzenia i wprowadzania w obieg nowych zasobów (Schwarzer, Taubert, 1999).

Podobne stanowisko wobec procesu transakcyjnego można odnaleźć w pracach Kitajewa-Smyka (1989). Autor wyróżnia w toku prowadzonych badań dwa wzory reakcji w kontekście emocjonalno-motorycznej aktywności behawioralnej: wzrost (wzór aktywny) i spadek (wzorzec pasywny). Wzorzec aktywny łączy się z podejmowaniem trudu przezwyciężania sytuacji trudnej, z przejawianiem zachowań dążących do zniesienia/niwelowania skutków reakcji stresowej. Uruchamiany jest tu szereg reakcji obronnych organizmu, przy czym wzór zachowania może przy wzmożonej reaktywności doprowadzić także do niewłaściwej oceny sytuacji, nieadekwatności czynności podej-mowanych w walce ze stresem i do dezorganizacji działania. Obserwuje się, iż reakcja stresowa według wzorca aktywnego zachodzi fazowo. Pierwsza faza ma charakter akomodacyjny. Sterowana jest głównie emocjami i dochodzi w niej do zaburzenia

homeostazy organizmu. W drugiej fazie, do której przechodzi się płynnie, pojawia się czynnik poznawczy. Dochodzi do wyciszenia reakcji na bodziec i powrotu do względnej stabilizacji. Drugi wzorzec charakteryzuje się tym, że podmiot, oceniając zagrożenie, nie podejmuje działań zmierzających do zapobiegnięcia stresowi i/lub niwelowania jego skutków. Podmiot wykazuje bierność, odsuwa reakcję, nastawia się na przeczekanie niekorzystnego działania bodźca. Funkcjonowanie człowieka zależy tu tylko od poziomu bierności. Wyróżnia się dwa typy bierności: jeden świadomy i kontrolowany, drugi wynikający z niemożności podejmowania czynności, z braku odpowiednich środków.

Do dzisiaj trwają dyskusje na temat samej istoty zjawiska stresu, nie ma też jednoznacznych ustaleń co do sposobów radzenia sobie ze stresem. Style, strategie i procesy przeplatają się oraz przyjmują różne znaczenia i statusy w opiniach badaczy. Brak ustaleń powoduje zaburzenia w podejściu metodologicznym do badań. Dla niniejszej publikacji najważniejsze stają się wyodrębnione przez badaczy style i strategie. Przez styl rozumiem pewną relatywnie stałą tendencję do podejmowania określonych działań, a przez strategię – określone działanie wobec sytuacji stresowej. Endler i Parker (1990, 1993, 1994) zwracają uwagę na występowanie trzech stylów radzenia sobie ze stresem: skoncentrowanego na zadaniu, skoncentrowanego na emocjach i skoncentrowanego na unikaniu. Wyróżnia się podstyle: angażowanie się w czynności zastępcze i poszukiwanie kontaktów towarzyskich. W pracach Kokoszki (2004) odnaleźć można jeszcze jeden styl – skoncentrowany na poszukiwaniu najlepszych rozwiązań. Wśród strategii stosowanych w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych Carver (1997) wyróżnia w ujęciu czynnikowym: aktywne radzenie sobie ze stresem; bezradność; poszukiwanie wsparcia; zachowania unikowe; zwrot ku religii; akceptację; poczucie humoru. Z 7 czynników wyłania się 14 dookreślonych strategii.

W podejściu do strategii radzenia sobie ze stresem Schwarzer i Taubert (1999) uwzględniają kontekst czasowy. Wyróżniają strategie: reaktywne, anty-

cypacyjne, prewencyjne i proaktywne. Radzenie sobie reaktywne skoncentrowane jest na działaniach kompensacyjnych wobec doznanej krzywdy (powetowanie straty, uszczerbku, wyrównanie, zastąpienie braku). Radzenie sobie antycypacyjne to podejście przewidujące, ukierunkowane na wydarzenia mające/mogące wystąpić w najbliższej przyszłości. Radzenie sobie prewencyjne związane jest z gromadzeniem zasobów pozwalających na zmniejszenie skutków ewentualnie występujących w przyszłości wydarzeń. Radzenie sobie proaktywne polega na gromadzeniu zasobów ułatwiających wykorzystanie przyszłych szans, a główną siłę stanowi tu poszukiwanie zachowań zaradczych, które są modelowane poczuciem własnej skuteczności. To sposób walki ze stresem zorientowany na autonomię, podmiotowość i samodzielność, wyznaczone cele są jasne, a człowiek świadomie dąży do ich realizacji. Sposoby radzenia sobie z przeciwnościami losu autorzy podzielili na te wynikające z poczucia zagrożenia (działania prewencyjne) oraz te będące wynikiem postrzegania sytuacji trudnej jako wyzwania (działania proaktywne).

1.3. Wybrane zasoby osobiste a radzenie sobie w sytuacjach trudnych

Zasoby podmiotowe mogą być relatywnie stałymi dyspozycyjnymi cechami, które wpływają na selektywność procesów oceny poznawczej oraz radzenia sobie ze stresem, a zwrotnie mogą być zmieniane i wtórnie wykorzystywane przez skumulowane rezultaty tych procesów. Moos i Schaefer (1993) rozszerzają powyższe o czynniki społeczne, które wpływają na to, jak jednostki próbują opanować kryzysy życiowe i transakcyjne. Człowiek w walce ze stresem aktywuje siebie, angażuje w różnym stopniu i z różnym poziomem świadomości w podejmowanie działań.

Przebieg reakcji i poziom zaangażowania zależą od rodzaju stresu i subiektywnej oceny wartości stresora. Do najczęściej wymienianych zasobów osobowościowych Poprawa (1996) zalicza: wsparcie społeczne, poczucie kontroli, samoocenę, samoakceptację, poczucie skuteczności, optymizm, umiejętności zaradcze. W ujęciu transakcyjnym są to również możliwości poznawcze, inteligencja i umiejętności przystosowawcze organizmu, w tym umiejętności dystrybuowania zasobami. W niektórych koncepcjach radzenia sobie ze stresem powodzenia w przezwyciężaniu trudności i ochrony jakości życia upatruje się także w poziomie dojrzałości psychicznego funkcjonowania.

Jak twierdzi Dąbrowski, brak zdolności do analizy i tworzenia jest równoznaczny z brakiem możliwości uczestnictwa w przezwyciężaniu trudów istnienia (1974a, 1974b, 1975, 1979, 1996). Autor jednej z najsłynniejszych teorii wzmacniania osobowości człowieka – nazwanej teorią dezintegracji pozytywnej – wychodzi z założenia, iż zdarzenia percypowane jako negatywne i *de facto* negatywnie oddziałujące na człowieka mogą stanowić

siłę jego egzystencji, a przede wszystkim wzrostu jego potencjału osobowościowego, finalnie – osiągnięcia dojrzałości egzystencjalnej. Można rzec, iż w teorii Dąbrowskiego zasobem jest sam człowiek. Rozumienie znaczenia jego niekompletności stanowi tu punkt wyjścia do osiągnięcia apogeum rozwoju podmiotowego. Twórczy wzrost jest możliwy dzięki bezustannemu procesowi rozpadu i scalania na coraz to wyższym poziomie egzystencjalnym. Im większa niekompletność, tym bardziej twórczy jest człowiek, tym wyżej funkcjonuje poznawczo i intelektualnie. Umiejętność doświadczania bodźców pobudzeniowych i rozumienia trudów egzystencji to swoisty napęd rozwoju dojrzałej osobowości. Trudy egzystencji stanowią siłę napędową, ograniczają proces stagnacji. Tempo i sposób rozwoju uzależnione są od tego, jak szybko człowiek zda sobie sprawę, jaką wartością jest dla niego trud egzystencji, nazywany motorem pobudzeniowym. Każde zdarzenie w życiu ma sens i jest potrzebne, buduje indywidualizm człowieka. Od stopnia interioryzacji bodźca pobudzeniowego zależy możliwość wzrostu i przechodzenia na kolejny poziom dezintegracji. Człowiek musi zachować równowagę środowiska wewnętrznego przy zakłóceniach zewnątrzpochodnych. Budowanie dojrzałej osobowości zależy od środowiska psychicznego i jego możliwości podążania za dynamiką zmian. Dąbrowski czyni negatywne stany doświadczane przez człowieka siłą napędową stawania się kimś bardziej kompletnym, doskonalszym. Sytuacje stresowe pozwalają na głęboki wgląd w siebie, skłaniają do zmiany, inicjują, podtrzymują działania człowieka. Cierpienia psychiczne nadają sens egzystencji i wznoszą człowieka ku wartościom wyższym, dają możliwość przekształcania energii w celu doskonalenia osobowości.

Osobowość kształtowana w toku obcowania społecznego i genetycznie dziedziczony temperament są w głównej mierze odpowiedzialne za sposób odbioru, ocenę bodźca i reaktywność w odpowiedzi na jego działanie. Zagadnienia potencjału i zasobów wywodzących się z osobowości, co prawda inaczej rozumianej niż u Dąbrowskiego, jednak również wymagającej głębokiego wglądu

w siebie, poddaje rozważaniom Antonovsky (1984, 1995; Antonovsky, Sagy, 1986) w koncepcji poczucia koherencji i jej znaczenia dla przezwyciężania sytuacji trudnych. Poczucie koherencji definiowane jest jako subiektywne poczucie kontrolowalności wydarzeń, panowanie nad zdarzeniami, zewnętrznymi i wewnętrznymi reakcjami oraz umiejętność obiektywnej oceny sytuacji zysków i strat ponoszonych w toku interakcji. Jej podstawą staje się umiejętność przewidywania i odpowiedniego kontrolowania sytuacji, rozumienia siebie, kontroli spójności podmiotowości. Badania nad poczuciem koherencji dowodzą, iż jej wysoki poziom gwarantuje możliwość zachowania homeostazy nawet w obliczu ciężkich doświadczeń wartościowanych jako skrajnie negatywne (Antonovsky, 1979, 1995; Delgado, 2007; Amirkhan, Greaves, 2010).

Wśród dowodów na istnienie związków pomiędzy przezwyciężaniem trudności życiowych a komponentami czy cechami osobowości szczególną uwagę zwraca się na optymizm. Rozumiany jest on jako stała tendencja do postrzegania pozytywnych aspektów codziennego życia nawet wobec występujących trudności, umiejętność łącząca się z pozytywnym przewartościowaniem nawet nieprzyjemnych wrażeń/doznań. Badania nad optymizmem i jego znaczeniem w osiąganiu dobrostanu największą rolę przypisują oczekiwaniom człowieka co do skutków własnego działania – oczekiwaniom wyniku. Doświadczenia generalnie wartościowane jako pozytywne przeważają nad wartościowanymi jako negatywne, co pozwala na rozwój optymistycznego podejścia do rzeczywistości (Czapiński, 2009). Seligman (1995, 2005, 2010) pisze, iż optymizm, a w szczególności nie tylko postrzeganie, ale też oczekiwanie pozytywnych skutków własnych działań, pozwala na lepszą organizację aktywności, na wybór odpowiedniejszych narzędzi działania, w konsekwencji na zachowanie poczucia wyższej wartości, lepszego samopoczucia, podejmowanie następnych aktywności z wiarą w powodzenie i bez zbędnych kalkulacji nastawionych na możliwość poniesienia straty. Według Seligmana optymizm kształtuje się w dzieciństwie na podstawie interpretacji

sumy znaczeń zarówno pozytywnych, jak i negatywnych doświadczeń. Osoba optymistycznie nastawiona do życia i świata jest skłonna szybciej oraz pewniej podejmować działania i trwać w ich realizacji, nawet gdy napotyka trudności. Przewaga pozytywnych emocji pozwala na czerpanie motywacji do działań nawet z niepowodzeń. Scheier i Carver (1992) zauważają, iż dzięki zachowaniu optymizmu człowiek może skuteczniej planować działania i lepiej dobierać sposoby radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Niesprzyjający funkcjonowaniu człowieka jest jedynie nierealistyczny optymizm. Zaburza on postrzeganie zdarzeń życiowych oraz szacowanie ryzyka, skłaniając do podejmowania aktywności zagrażających. Prace takich autorów, jak: Veenhoven (1988, 1989, 1991), Lightsey (1994), Ogińska-Bulik (2006), Schiffrin i Nelson (2010), pokazują, iż optymizm koreluje ze wzrostem poczucia własnej wartości, sprawstwa, siły, kontroli, sprawności realizacji zadań, a nawet z wydłużeniem życia. Pozwala pewniej kroczyć przez życie, podejmować i podtrzymywać działania.

Kiedy człowiek dostrzega wyzwanie i wartościuje je jako ważne, potrzebne, pozytywne, warte uwagi, uznaje je za cel, do którego będzie dążyć. Aby go osiągnąć, kontynuuje swoje działania nawet w obliczu trudności. Dojmujące uczucie możliwości przezwyciężenia trudności w drodze do sukcesu i wiarę we własne zdolności sprawcze nazwano poczuciem własnej skuteczności (Bandura, 1977, 1982, 1986, 1997, 1999). W 1981 roku Obuchowski oddzielił poczucie skuteczności od efektywności, podkreślając różny status teoretyczny obu bliskich sobie określeń. Efektywność zdefiniował jako utrzymywanie skuteczności działań w warunkach wzrastających trudności, natomiast skuteczność jako sprawność realizacji celów w określonych okolicznościach (Obuchowski, 1982). Bliskoznaczność jednak obu pojęć pozwala generalizować, iż zarówno poczucie skuteczności, jak i efektywność działań przyczyniają się do podejmowania i przezwyciężania sytuacji trudnych. Schwarzer (1997, s. 79) pisze:

> Poziom poczucia własnej skuteczności może podwyższać lub obniżać motywację do działania. Ludzie o silnym poczuciu własnej skuteczności wybierają sobie bardziej ambitne zadania. Stawiają sobie wyższe cele i trzymają się ich […]. Kiedy działanie jest już podjęte, inwestują więcej wysiłku i są bardziej wytrwali niż osoby o słabym poczuciu własnej skuteczności. Kiedy pojawiają się przeszkody, ci pierwsi szybciej dochodzą do siebie i nadal wykazują zaangażowanie w dążeniu do celu. Poczucie własnej skuteczności nie jest jednak tym samym co złudzenia pozytywne czy nierealistyczny optymizm, ponieważ opiera się ono na doświadczeniu i nie prowadzi do nierozsądnego podejmowania ryzyka. Prowadzi natomiast do podejmowania śmiałych zachowań w granicach możliwości człowieka.

Podobnie jak w przypadku poczucia skuteczności zauważa się, iż poczucie kontroli ma wyraźny związek z przezwyciężaniem sytuacji trudnych, podejmowaniem wyzwań. Wychodząc z założenia, że najtrudniejszymi i najbardziej stresogennymi wydarzeniami są te, na których pojawienie się i przebieg człowiek nie ma wpływu, należy stwierdzić, iż poczucie kontroli jest cechą pozwalającą ustabilizować obraz świata, odczuwać wydarzenia jako bardziej przewidywalne. Poczucie kontroli ma szczególne znaczenie dla wyboru strategii przezwyciężania stresu (Kazemi, Zandi, Torab, 2015; Peacock, Wong, 1996). Panowanie nad sytuacją i przewidywanie zdarzeń pomagają w podejmowaniu racjonalnych decyzji, pozwalają na podtrzymywanie aktywności i realizację planów, a także umożliwiają skuteczniejsze radzenie sobie z konsekwencjami stresu (Ataria, 2015). Badania dowodzą, iż poziom stresu oraz możliwości jego przezwyciężania są ściśle powiązane także z ulokowaniem kontroli. Zewnętrzne lokowanie kontroli może podwyższać poziom poczucia stresu oraz osłabiać orientację na rozwiązywanie problemu (Mulbury, 1995). Wewnętrzne umiejscowienie kontroli przyczynia się do zmniejszenia odczuwania lęku (Arslan, Dilmaç, Hamarta, 2009).

Według psychologów twardość i prężność pozwalają na trwanie i aktywne radzenie sobie w sytuacjach trudnych. To swoista kombinacja cech łączących zaangażowanie w wykonywanie czynności, poczucie kontroli nad sytuacją, wyzwaniowość w

reagowaniu na stresory. Wzmaga wiarę we własne możliwości, skłania ku aktywności, podnosi poziom poczucia sensowności aktywności, wspomaga sterowanie aktywnością (Ong, Bergeman, Bisconti, Wallace, 2006; Campbell-Sills, Cohan, Stein, 2006). Paradoksalnie badania Alarcona, Eschlemana i Bowlinga (2009) ukazują również negatywne strony tych cech czy konstelacji cech. Okazuje się, iż zbyt nasilone poczucie prężności, kontroli itd. może narażać organizm na utratę czy wypalenie sił w walce ze stresem.

Nie mniej ważna w pokonywaniu trudów egzystencji wydaje się duchowość. Nie sprowadza się ona jedynie do wiary, ale odnosi się do sfery wyższych przeżyć. Nazywana transcendencją, samoaktualizacją, sferą dążeniowości czy ideałów pozamaterialnych, jak również sferą poszukiwania sensu egzystencji, pozwala na podejmowane wysiłku pokonywania trudności z ufnością w powodzenie działań (Graham, Furr, Flowers, Burke, 2001). Ponadto duchowość wytycza kierunki działania, wyznacza horyzonty i moderuje globalnie sposób życia (Krok, 2015). Osoby o „głębokiej duchowości" wierzą w powodzenie, podejmują i kontynuują działania, nawet trudne. Łatwiej pokonują stres. Wyniki badań dowodzą, iż osoby uduchowione częściej podejmują działania prozdrowotne. Udowadniają, iż duchowość wzmacnia i chroni przed stresem oraz jego negatywnymi skutkami, wspomaga dobre samopoczucie, ma charakter moderatora pozytywnych i negatywnych doświadczeń długo- i krótkoterminowych (Whitehead, Bergeman, 2012).

Tożsamość jest wynikiem nabywania doświadczeń w relacjach podstawowych oraz z oferty kulturowo-społecznej środowiska rozwojowego człowieka. Jej gwałtowny rozwój przypada na okres dojrzewania, czyli dynamicznych zmian biologicznych w młodym organizmie, i trwa do wieku średniej dorosłości. Jej jakość uzależniona jest przede wszystkim od agregacji i integracji doświadczeń w sferach biologicznej, społecznej, psychologicznej (Bardziejewska, 2005). Ustabilizowana tożsamość dodaje odwagi w pokonywaniu trudów życia, stanowi swego rodzaju odniesienie, dzięki któremu człowiek może się upewniać, że to, co robi, służy jego rozwojowi. Rozbudowane poczucie tożsamości pozwala

efektywniej korzystać z zasobów osobistych i społecznych (środowiskowych) w walce ze stresem (Walker, Wingate Obasi, Joiner, 2008; Haslam, O'Brien, Jetten, Vormedal, Penna, 2005). Badania naukowe dowodzą, iż wraz ze wzrostem poczucia przynależności i identyfikacji tożsamościowej rośnie możliwość pozyskania wsparcia w przezwyciężaniu stresu i jego negatywnych skutków. Potwierdza się, że istnieje model stresu oparty na poczuciu zintegrowanej tożsamości (Haslam, Reicher, 2006).

1.3.1. Samoocena jako zasób w radzeniu sobie ze stresem

Ponieważ związek pomiędzy samooceną a poziomem stresu i sposobami radzenia sobie w trudnych sytuacjach pozostaje przedmiotem rozważań prowadzonych w tej książce, zmienna ta omówiona zostanie osobno, choć także należy do zasobów osobowościowych wykorzystywanych w transakcyjnym ujęciu zjawiska stresu. Samoocenie poświęcono do tej pory bardzo wiele publikacji. Badania nad tym konstruktem zapoczątkował w 1890 roku James, który uważał samoocenę za stosunek sukcesu i aspiracji życiowych podmiotu w ważnych dziedzinach. James skupiał się na poszczególnych procesach, które kształtują poczucie własnej wartości. Przełomowe prace na temat samooceny powstały jednak dużo później. W 1965 roku Rosenberg wyszedł z założenia, iż u podstaw samooceny leży postawa człowieka względem obiektu, a jednym z obiektów jest on sam. Może zatem prowadzić wartościowanie na skali od całkowitego odrzucenia po całkowitą akceptację, tym samym wyrażać kierunek i natężenie postawy względem siebie. Samoocena zatem wyraża przekonanie wobec własnego Ja, że jest wystarczająco wartościowe (z zaznaczeniem, iż wysoka samoocena nie oznacza rozumienia siebie jako lepszego od innych ludzi) lub niewystarczająco wartościowe (co wywodzi się z braku zadowolenia z siebie, niejako wiąże się z odrzuceniem Ja). Rosenberg uznał, iż samoocena może być wyrażana jako cecha lub jako stan. Jako cecha odzwierciedla globalny i relatywnie stały stosunek do samego siebie; jako stan płynnie zmienia się pod wpływem różnych czynników, w tym sytuacyjnych (Rosenberg, 1979). Co ważne, od stabilności samooceny zależy poczucie stresu i umiejętności przezwyciężania sytuacji trudnych. Im samoocena bliższa jest cesze, czyli im stabilniejsza, tym bardziej będzie odpowiadać za

łagodzenie skutków stresu i szybszą adaptację. Stresory nie będą również estymowane jako zagrożenie, lecz raczej jako wyzwanie (Markus, 1980). W dzisiejszych czasach wielu naukowców oddziela samoocenę od poczucia własnej wartości, choć są to terminy jeśli nie tożsame, to przynajmniej bliskoznaczne. Wyrażają przekonanie podmiotu o jego własnej autonomicznej wartości i jego oczekiwanie potwierdzenia tego przekonania przez innych ludzi (Popa, Podea, 2013; Carver, Ganellen, 1983; Mäkikangas, Kinnunen, 2003).

Samoocena może być rozumiana jako zgeneralizowany stosunek do siebie, może również ukazywać własny stosunek do różnych obszarów (komponentów) relacji Ja – otoczenie, przy czym globalna samoocena nie jest prostą sumą składowych obszarów. Epstein (1973), analizując strukturę Ja i odwołując ją do samooceny, uznaje, że na najniższym poziomie można umiejscowić samoocenę szczegółowych doświadczeń płynących z pojedynczych wydarzeń. Im wyżej w strukturze pojawiają się zespoły zagregowanych zdarzeń – komponenty samooceny, tym ogólniejszy osąd samego siebie tworzą połączone obszary samooceny. Na najwyższym szczeblu znajduje się samoocena globalna. Określenie struktury samooceny dało możliwość ukazania jej obszarów. Wśród nich można znaleźć takie, jak: kompetencje, bycie kochanym, popularność, zdolności przywódcze (O'Brien, 1985; O'Brien, Epstein, 1998).

Samoocena rozpatrywana zarówno jako cecha, jak i jako stan zawiera komponenty poznawczy i emocjonalny. Pozwalają one na dokonywanie oceny siebie, wzajemnie się uzupełniając. Komponent poznawczy zbudowany jest z konkretnych i semantycznych wspomnień oraz wyobrażeń siebie i zawiera stosunek emocjonalny do tychże wspomnień (Campbell, Chew, Scratchley, 1991). Adekwatna ocena samego siebie sprzyja podejmowaniu działań, które są możliwe i realne do osiągnięcia, stosowne dla danej jednostki. Jej lekko podwyższony poziom może sprzyjać motywacji do działania, pozwala na przekraczanie granic, mierzenie się z trudnościami, łagodzi skutki ewentualnych porażek. Niska i zaniżona samoocena w kontekście

przystosowawczym jest zjawiskiem niekorzystnym, hamującym działania, redukującym motywację i skłaniającym człowieka do aktywności poniżej własnych możliwości. Niska samoocena przyczynia się do frustracji i obniża poziom odporności na stres. Ogranicza także spektrum działań podejmowanych w celu przezwyciężaniu stresu. Jeśli w ogóle na nie pozwala, to mogą one być nieadekwatne lub niedoszacowane. Może także dochodzić do generalizacji niskiej oceny na inne atrybuty osobowości. Wysoka i adekwatna samoocena sprzyja samorozwojowi, łagodnemu i skutecznemu walki ze stresem, przezwyciężaniu sytuacji trudnych, wybieraniu adekwatnych sposobów, odważnemu sięganiu po nowe rozwiązania. Jednak zdarza się, iż sama może być źródłem stresu. Dla zdobycia uznania w otoczeniu i dla wyższej samooceny ludzie gotowi są narażać swoje zdrowie, a nawet życie, trwać – pomimo wyczerpania – w tworzonej przez siebie iluzji doskonałości (Crocker, Park, 2004). Osoby cechujące się niską samooceną w mediacji poczuciem wsparcia społecznego częściej niż osoby o wysokiej samoocenie doświadczają wzrostu problemów psychologicznych i somatycznych zarówno w momencie działania, jak i po zadziałaniu bodźca. Dane sugerują, że osoby z niskimi zasobami psychospołecznymi są podatne na choroby i zaburzenia nastroju, gdy ich poziom stresu wzrasta, nawet jeśli generalnie jego poziom jest niski (DeLongis, Folkman, Lazarus, 1988). Podobne spostrzeżenia odnajduje się w badaniach Ortha, Robinsa, Widamana i Congera z 2014 roku. Osoby z niską samooceną reagują większym stresem w stresowych sytuacjach, zwiększa się u nich wydzielanie kortyzolu we krwi, a zmniejsza objętość hipokampa. Samoocena pozostaje w ścisłym związku z poczuciem i zakresem własnych możliwości, czyli subiektywnie odczuwaną siłą sprawczą (Jakubik, 1997; Gardner, Pierce, 1998). Badania nad etiologią stresu i rolą samooceny potwierdzają, iż zachodzi istotny statystycznie związek pomiędzy kluczowymi obszarami samooceny a występowaniem problemów zdrowotnych w mediacji zmiennych stres oraz poczucie satysfakcji z życia zawodowego. Co więcej, wykazują, iż są to cechy dziedziczone (Judge, Ilies, Zhang, 2012).

1.3.2. Samoocena jako obraz jakości współżycia społecznego – socjometryczna teoria samooceny

Współczesna psychologia korzystająca z dorobku różnych nurtów od psychoanalizy poprzez behawioryzm po nurt humanistyczny czy neobehawioralny i inne próbuje ustalić, jaka jest pozycja człowieka w świecie, co sprzyja jego wysokiej jakości funkcjonowania, jakie zmienne determinują jakość życia. Jednym z najszerzej omawianych aspektów egzystencji człowieka jest jego stosunek do samego siebie. Samoocena stanowi swoistą ochronę dóbr własnych, chroni przed przeciwnościami losu, jednocześnie stawiając wymagania ochrony jej samej przed światem zewnętrznym. To estymacja jakości relacji człowiek – otoczenie, z której rodzi się poczucie komfortu egzystencji. W ochronę samooceny człowiek inwestuje relatywnie wiele energii w celu zapobiegania lękowi egzystencjalnemu. Jednak nadmierna ochrona samooceny sprzyjać może nadwyrężaniu sił obronnych i pogłębianiu się kryzysu. Zatem dla zapobiegnięcia wyczerpaniu dystrybucja sił ochronnych musi korespondować z osiągnięciem optymalnego i długofalowego poziomu ochrony własnej godności (Leary, Baumeister, 2000).

Samoocena jest weryfikatorem relacji społecznych, swoistą odpowiedzią na reakcje otoczenia wobec danej jednostki. To wewnętrzny miernik percepcji i waluacji wpływu oraz interakcji podmiotowych, który notując wysoką ich jakość, sprzyja powstawaniu poczucia szczęścia, zadowolenia, dobrostanu czy sukcesu. Samoocena jest rozpatrywana jako globalny koszt egzystencji, który ponosi jednostka w wyniku estymacji danego podmiotu z perspektywy zewnętrznej i feedbacku pozycjonującego jednostkę w świecie w perspektywie własnej. Samoocena może dotyczyć wybranych aspektów koegzystencji lub ujmować człowieka globalnie. Nie zawsze ma charakter wartościujący na

skali wysoko – nisko, dobrze – źle; często sprowadza się do poczucia subiektywnego komfortu egzystencji. Nie zawsze również zawiera komponent emocjonalny; częstokroć sprowadza się do stwierdzenia posiadania bądź braku jakiegoś elementu. Wyraża się poprzez stan dotyczący obecnej sytuacji, wartościowania tu i teraz lub rozumiana może być jako popęd, motor, którego głównym zadaniem jest ochrona Ja. Wysoka samoocena nadaje życiu tempo, wzbogaca je, napędza człowieka do podejmowania działań, niska natomiast powoduje poczucie bezsensowności, spowolnienie bądź zahamowanie działań. Dążeniem człowieka jest wzmocnienie lub potwierdzenie samooceny. Wysoka samoocena koreluje z prawdziwością, realnością i rzetelnością percepcji siebie. Im człowiek jest szczerszy wobec siebie, tym jego samoocena jest mocniejsza, wyższa; im bardziej ocena jest nierealna, tym niższa jest samoocena jednostki (Leary, Baumeister, 2000).

Samoocena nieodłącznie wiąże się z dążeniem do osiągnięcia korzyści społecznych, do potwierdzania własnej wartości w oczach innych osób. Człowiekowi wydaje się, iż jest tyle wart, na ile wartościuje go otoczenie. Teza taka pojawia się już we wczesnych pracach takich psychologów, jak: Cooley (1902), Mead (1932, 1934), Sullivan (1953). Człowiek dąży do zyskania szacunku, poklasku, wzbudzania podziwu, osiągnięcia dominacji. Samoocena łączy się zatem z hierarchiczną budową społeczeństw, ponadto warunkowana jest mechanizmami społecznymi, m.in. pierwotnym dążeniem do podtrzymania gatunku, opieką, ochroną, stwarzaniem poczucia bezpieczeństwa. Przekazywana jest w rolach, jakie pełni człowiek, realizując misję gatunkową. Według socjometrycznej teorii samooceny Leary'ego i Baumeistera (2000) ludzie nie inwestują w samoocenę, nie jest ona dobrem, do którego człowiek dąży, jest dobrem sama w sobie. Samoocena jest wskaźnikiem – miernikiem, swoistym monitorem relacji i ewaluacji relacji. Wyraża stopień, w jakim ludzie uważają, że są wartościowi i ważni w relacji z innymi. Jako wskaźnik jakości relacji oraz motywator do zachowań polegających na ochronie minimum akceptacji społecznej wyzwala zachowania afiliacyjne. Wysoka samoocena oznacza, iż człowiek jest ważną, wartościową

częścią społeczeństwa, w którym koegzystuje, a relacje z członkami otoczenia są ścisłe i pozytywne. Niska samoocena łączy się ze słabą pozycją w grupie, narażeniem na alienację lub nawet wykluczenie. Można stwierdzić, iż samoocena to lustro stosunków społecznych, miernik tego, w jaki sposób jednostka postrzegana jest przez innych. To swoista odpowiedź na odpowiedź, reakcja na reakcję w relacji człowiek – otoczenie, której rolą są monitoring i ochrona relacji interpersonalnych (Leary, Tambor, Terdal, Downs, 1995).

Człowiek podświadomie dąży do bycia częścią grupy. W ten sposób jest w stanie zapewnić sobie lepszą i wydajniejszą ochronę, wzmacnia siebie poprzez wykorzystywanie zasobów otoczenia. Będąc częścią grupy, nie tylko wypełnia pierwotny cel, jakim jest wspomniane wyżej podtrzymanie gatunku, ale także zapewnia jej szereg korzyści dzięki uwspólnianiu wydatków energetycznych w celu wzmacniania, ochrony, pomnażania dóbr czy wymiany zasobów. Okazywanie troski, bycie otaczanym opieką i obejmowanie nią innych są możliwe jedynie w pozostawaniu w relacji z innymi osobami, a alienacja i osamotnienie korelują z powstawaniem deficytów i cierpień psychicznych i fizycznych, bólu egzystencjalnego, zwiększeniem reaktywności organizmu na stresory i podniesieniem odczuwalnego poziomu stresu. Sens i wykładnik socjometrycznej teorii samooceny stanowi to, iż wskaźnikiem samooceny jest poziom ewaluacji egzystencji społecznej – poziom adaptacji lub odrzucenia. Samoocena tak rozumiana nie stanowi prostego miernika opierającego się na skali dwubiegunowej. To rozpoznanie relacji przeszłych, teraźniejszych dla prognozowania przyszłości, poziomu zaangażowania, przyczyn określonego funkcjonowania i relacji. Skupia się głównie na takich funkcjach, jak: dopasowanie, pragnienia, motywacje dla prawidłowego funkcjonowania, nawet wtedy, kiedy jednostka nie jest zagrożona odrzuceniem (Leary, Baumeister, 2000).

System samooceny czuwa nad utrzymaniem optymalnego poziomu wieloaspektowej relacji, wysyłając sygnały ewentualnego zagrożenia do sfery zarządzającej emocjami. W skład systemu wchodzą dwa podsystemy: pierwszy organizuje pracę tu i teraz;

rola drugiego jest długoterminowa. Uzupełniają się i pozwalają na czerpanie z samooceny rozumianej jako stan (tu i teraz) i cecha (relatywnie stała, ukierunkowana, globalna tendencja). Samoocena rodzi pewnego rodzaju zachowania służące podtrzymaniu prawidłowych relacji z otoczeniem. Utrzymanie jej na odpowiednim poziomie wymaga inwestycji, zaangażowania podmiotu, a ponadto oceny i reorganizacji procesu wartościowania. Odpowiednie inwestowanie wymaga dalekosiężnych i długoterminowych planów i celów, podejmowania szybkich działań i ich monitorowania oraz kontrolowania bieżącej sytuacji. Należy jednak zauważyć, iż samoocena nie ulega zawsze i nagle zmianie pod wpływem relatywnie szybkiego zacieśniania czy rozluźniania więzi społecznych. By wywołać istotną zmianę, potrzebne są dłuższy czas działania bodźca i jego zauważany wpływ na funkcjonowanie jednostki. Co więcej, samoocena nie jest uzależniona od ilości, lecz od jakości i prawdziwości więzi społecznych. Dowodem może być sytuacja, gdy podmiot uwikłany jest w wiele mocnych kolaboracji, a mimo to ma niską samoocenę. Tłumaczy się takie zjawisko faktem ukrywania prawdziwego Ja przed otoczeniem z powodu lęku przed byciem ocenionym w kategorii „niepożądany partner". Głównymi cechami zautomatyzowanego systemu samooceny są: permanentna ocena, wrażliwość na zmiany, ciągłość w zachowaniu czujności, reaktywność.

Opisywany system samooceny funkcjonuje w powiązaniu z innymi systemami, np. emocji, kognicji, co więcej, zawiera cechy zautomatyzowanego i nieświadomego mechanizmu kognitywnego. Są to autonomia, łatwość i wygoda użytkowania, mimowolność. System samooceny cechuje – poza automatyzacją – afektywność. Dowody naukowe pozwalają stwierdzić, iż samoocena zbliża się bardziej do systemu motywacyjno-afektywnego niż kognitywnego. System ten odpowiada za odczuwanie bodźców powodujących negatywne, neutralne i pozytywne uczucia czy emocje. Samoocena, tak jak emocjonalność, bardziej zmienia, niż stabilizuje sytuację, reakcja ma charakter ekspresywny, jest zależna od poziomu rozbieżności pomiędzy stanem odczuwanym a

oczekiwanym. Samoocena to system działający selektywnie w kontekście relacji międzyludzkich. Włącza jednostki estymowane jako potrzebne, eliminuje niewłaściwe, niesprzyjające utrzymaniu lub podnoszeniu samooceny – niejako odpowiada za dobór partnerów kooperacyjnych. Selektywność doboru opiera się gównie na dwóch kryteriach: pierwszym jest grupowy utylitaryzm, drugim – subiektywne poczucie komfortu wynikające ze zgodności celów, dążeń przekonań i atrakcyjności partnera kooperacji (Leary, Baumeister, 2000).

Samoocena powiązana jest z potrzebą dominacji idącej w kierunku ochrony Ja, samoafiliacji, ale i szacunku. W hierarchicznym ujęciu stosunków grupowych potrzeba zdobywania wyższych szczebli w hierarchii grupowej z jednej strony napędza samoocenę, z drugiej pokazuje, iż jej poziom warunkowany jest możliwością bycia wyżej niż inni pod warunkiem ochrony relacji interpersonalnych. Wyższa pozycja w hierarchii oznacza dla człowieka większą stabilność i poczucie włączania w grupę, niższa rodzi zagrożenie alienacją czy odrzuceniem. Ponadto bycie w relacji z grupą przynosi jednostce możliwość czerpania grupowych standardów i odnoszenia, a raczej adaptowania ich do potrzeb własnych. Jednostki wyznaczają tym samym ramy i punkty odniesienia dla własnej samooceny.

Poziom elastyczności funkcjonowania zależy od kontekstu czasu i kultury. Co więcej, samoocena jako cecha może charakteryzować się odroczoną reaktywnością implikowaną samooceną jako stanem. Samoocena fluktuuje w odpowiedzi na zachodzące zmiany w otoczeniu tu i teraz, względnie powracając do stanu wyjściowego. Z czasem jednak wszystkie doświadczenia, wpływy informacji interferują, przenikają się, znoszą czy kumulują. Można obserwować w czasie, jak wydarzenia z przeszłości zmieniają teraźniejszość i przyszłość. Co więcej, jednostka w pewien sposób powiązana jest ze zmianami grupowymi, zatem zmiany w samoocenie mogą nie być wykładnikiem doświadczeń własnych, ale innych osób, z którymi jednostka pozostaje w kooperacji (Leary, 1999).

Ważnym determinantem samooceny jest wspominane wyżej samooszukiwanie. Tendencja do prezentowania się w lepszym świetle, niż wskazują fakty, sprzyja podnoszeniu samooceny, ale jest to działanie krótkoterminowe i pozorne. Konfrontacja na poziomie informacji zwrotnej z otoczenia nie sprzyja długotrwałemu trwaniu w przekonaniu o własnej doskonałości, choć w relacji grupowej służy ochronie pozytywnych stosunków. Często jednostki wykorzystują wyolbrzymione bądź nieprawdziwe informacje, ponieważ chcą zbudować lub utrzymać więź, a w danej chwili nie dysponują żadnymi pasującymi, realnymi danymi. Wizja doskonałego partnera jako odpowiedź na potrzeby jednostki także jest częścią systemu samooceny. Członkowie grupy często sprzyjają podtrzymywaniu złudnej afiliacji, chcą w partnerze widzieć cechy, których on *de facto* nie posiada bądź posiada, jednak na znacznie mniejszą skalę. Generalnie jednak podtrzymywanie złudzeń prowadzi do nieprzystosowania. Choć jest atrakcyjne i wciągające, nie działa korzystnie. Co więcej, mechanizm uzależnienia powoduje uogólnienie procedury na różne aspekty funkcjonowania (Leary, Baumeister, 2000; Leary, Guadagno, 2011).

---

1 Naukowcy nie definiują jednoznacznie pojęcia zasobów, jednak w pracach podkreśla się, iż zasób to pojęcie o charakterze inter- i multidyscyplinarnym. Zasobem osobistym może być wszystko, co służy celowi jednostki, jakim jest redukcja lub pokonanie sytuacji trudnej. Mogą to być środki trwałe – materia – i nietrwałe, materialne i niematerialne – energia, informacja. Jednostka może wykorzystywać je do osiągnięcia celów doraźnych lub długoterminowych. Zasoby można sklasyfikować jako zasoby faktyczne – wszystko to, co sprzyja realizacji „moich" potrzeb bądź celów, a do czego w danym momencie i w „mojej" świadomości istnieje realny, bezpośredni dostęp, oraz zasoby potencjalne – wszystko to, co sprzyja realizacji „moich" potrzeb bądź celów, ale ma charakter warunkowy – jest możliwe do uzyskania lub odzyskania warunkowo w przyszłości. Metazasoby to złożone właściwości psychologiczne tworzące swego rodzaju konstelacje, zdolności czy orientacje psychologiczne, pozwalające chronić człowieka przed stresem i efektywnie mu się z nim zmierzać. Mogą to być np. osobowość, optymizm, prężność, twardość, odporność (por. Mudyń, 2003).

2. Specyfika funkcjonowania psychospołecznego osób słabosłyszących

2.1. Epidemiologia występowania uszkodzeń słuchu

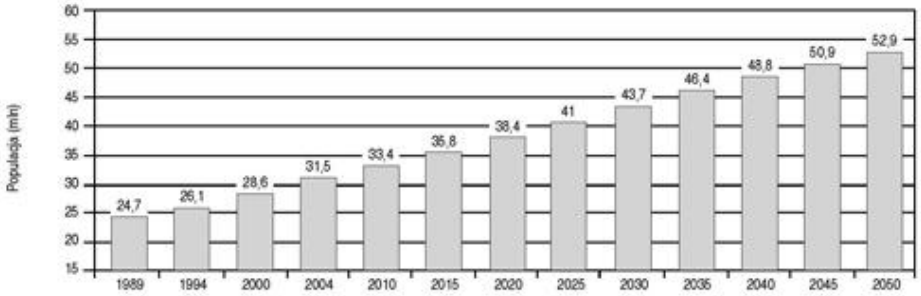
Uszkodzenia słuchu mają charakter powszechny, uważa się je za jedną z chorób cywilizacyjnych XXI wieku. Choć różne są próby i obszary badań oraz narzędzia badawcze, a sam charakter niedosłuchu niejednokrotnie nie pozwala na precyzyjny pomiar (np. niedosłuchy fluktuacyjne, przemijające w przebiegu nawracających infekcji), każdorazowo konkluzja dotycząca ilości uszkodzeń słuchu jest podobna: występowanie niedosłuchu ma skalę globalną i prognozuje się wzrost częstości występowania zarówno niedosłuchów prelingwalnych, jak i powstałych w późniejszym wieku. Dane z raportów badawczych Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu z lat 2009–2011 pokazują, że zaburzenia słuchu są największym zagrożeniem krajów wysoko rozwiniętych. W Polsce dotyczą 1/3 populacji dorosłych i 1/5 dzieci. W grupie wiekowej do 18. roku życia odsetek osób dotkniętych tym problemem sięga 20%, w populacji w wieku 18–24 lat wynosi ok. 18%, w grupie 24–34 lata – 20%, wśród osób 35–44-letnich sięga 29%, w grupie wieku 45–54 lata wzrasta do 40%, a w grupie 55–64-latków wynosi już ponad 52%. Powyżej 75. roku życia co 8. osoba ma stwierdzony ubytek słuchu (Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, 2012). Liczba osób dotkniętych

problemami słuchowymi wzrasta zatem wraz z wiekiem metrykalnym.

Śledząc zmiany od końca lat 80. ubiegłego wieku, zauważa się sukcesywny wzrost występowania niedosłuchów. Prognozuje się, iż w 2050 roku w samych Stanach Zjednoczonych liczba osób dotkniętych niedosłuchem wzrośnie dwukrotnie i wyniesie 53 mln (wykres 1).

WHO (2018) szacuje, że do 2050 roku ponad 900 mln ludzi na całym świecie będzie cierpiało z powodu uszkodzenia narządu słuchu w różnym stopniu i o różnej etiologii, w tym z przyczyn genetycznych, w wyniku problemów prenatalnych, okołoporodowych i powikłań w przebiegu różnych chorób, w tym zakaźnych oraz dotyczących samego narządu słuchu, ototoksyczności leków, hałasu, zanieczyszczeń i starzenia się organizmów (co również wynika z sytuacji demograficznej). Występowanie mocno skorelowane jest ze stopniem zurbanizowania, uprzemysłowienia i rozwoju cywilizacyjnego. Paradoksalnie na obszarach wysoko rozwiniętych zagrożenia uszkodzeniami narządu słuchu są największe. Hałas, niehigieniczny tryb życia są głównymi przyczynami występowania uszkodzeń słuchu, przyspieszania fizjologicznego starzenia się organizmu i degradacji komórek słuchowych (Śliwińska-Kowalska, 2005; Szmeja, 2000; Neitzel, Fligor, 2017). Raport WHO (2018) donosi, iż 60% przypadków niedosłuchów można by zapobiec, stosując odpowiednie działania profilaktyczno-ochronne, w tym przeciwhałasowe.

Wykres 1. Prognozowany wzrost występowania uszkodzeń słuchu od 1989 do 2050 roku w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej (Kochkin, 2004, s. 17).



Narażonych na ryzyko utraty słuchu z powodu hałasu w środowisku jest 1,1 mld młodych ludzi (w wieku od 12 do 35 lat). W opublikowanym w 2012 roku raporcie WHO przedstawiono dane, biorąc pod uwagę nie tyle występowanie niedosłuchów w ogóle, ile orzeczenia o niepełnosprawności słuchowej. Oszacowano (na podstawie raportów z 42 badań populacyjnych), iż na świecie żyje 360 mln osób z niepełnosprawnością słuchową (co stanowi 5,3% światowej populacji), z czego 328 mln (91%) to osoby dorosłe (183 mln mężczyzn, 145 mln kobiet), a 32 mln (9%) – dzieci. Częstość występowania upośledzenia słuchu u dzieci jest największa w Azji Południowej, Azji i Pacyfiku oraz Afryce Subsaharyjskiej. Częstość występowania upośledzenia słuchu u osób dorosłych w wieku powyżej 65 lat jest najwyższa także w Azji Południowej, Azji i Pacyfiku oraz Afryce Subsaharyjskiej.

Stwierdza się bardzo duże zagrożenie występowaniem głuchoty i niedosłuchów u dzieci. Badania pokazują, że 3 na 1000 dzieci rodzi się z ubytkiem od ciężkiego do głębokiego. Badania amerykańskie wskazują, iż średnia urodzeń dzieci z uszkodzeniem słuchu wynosi 1,1 na 1000; w zależności od obszaru waha się od 0,22 do 3,61. Wśród dzieci i młodzieży występowanie wady słuchu (próg percepcji >20 dB) wynosi ok. 3,1% oraz występują korelacje pomiędzy częstością występowania niedosłuchu, pochodzeniem oraz jakością życia, w tym warunkami socjalno-bytowymi. W badaniach wykazano, iż 23% niedosłuchów ma

przyczyny genetyczne (Mehra, Eavey, Keamy, 2009). W generalnej populacji statystyki wyglądają jeszcze poważniej. Badania organizacji MarkeTrak (Kochkin, 2004) wskazują, iż problem ze słuchem zgłasza 31,5 mln osób, co stanowi ok. 10% populacji USA. Szacuje się, iż ubytek słuchu ma: 3 na 10 osób w wieku powyżej 60 lat (co stanowi ok. 33%); 1 na 6 w wieku 41–59 lat (czyli 14,6%); 1 na 14 w wieku 29–40 lat (co daje ok. 7,4%). Problemy ze słuchem ma 1,4 mln dzieci poniżej 18. roku życia.

Badania australijskie prowadzone w panelu podłużnym wykazały, iż od 1990 roku częstość występowania niedosłuchów sukcesywnie wzrasta. Badaniami objęto próbę liczącą 1485 dzieci (równoliczne próby dziewcząt i chłopców). Użyto 4 sposobów diagnozowania i prognozowania uszkodzeń słuchu. Częstość diagnozowana w próbie uszkodzeń słuchu wyniosła odpowiednio 9,3% i 13,3%, przy czym przeważały uszkodzenia lekkie nad pozostałymi – od umiarkowanych do głębokich. Zdiagnozowano większą częstość występowania uszkodzeń obustronnych niż jednostronnych oraz brak związku pomiędzy płcią a występowaniem czy rodzajem niedosłuchu (Wang i in., 2018).

Uszkodzenia słuchu to koszty zarówno materialne, jak i niematerialne. Biorąc pod uwagę kwestie ekonomii, WHO (2018) raportuje, iż niedosłuch jako zjawisko społeczne generuje roczny globalny koszt 750 mld dolarów. Można złagodzić straty finansowe, prowadząc, po pierwsze, oddziaływania profilaktyczno-prewencyjne, po drugie, dostępną, adekwatną i efektywną terapię zapobiegającą wtórnej i funkcjonalnej niepełnosprawności.

2.2. Wybrane konteksty diagnozy i rehabilitacji uszkodzeń słuchu

W rehabilitacji niedosłuchu jednym z najpodstępniejszych i najtrudniejszych czynników jest czas, zarówno w kontekście rozpoznania uszkodzenia słuchu oraz podjęcia odpowiednich działań korekcyjno-kompensacyjnych, jak i wieku pacjenta. W każdym przypadku ważne jest, by zoptymalizować skuteczność oddziaływań terapeutycznych. W odniesieniu do niemowląt szybkość wykrycia wady, postawienia diagnozy oraz wprowadzenia odpowiednich oddziaływań terapeutycznych ma kluczowe znaczenie dla dalszego rozwoju kognitywnego dziecka, w szczególności sfery komunikacji, ta z kolei warunkuje specyfikę funkcjonowania osoby w świecie dźwięków lub ciszy (Świdziński, Gałkowski, 2003; Gałkowski, 2011; Korzon, 2006).

Występowanie wady słuchu prowadzi do problemów w kształtowaniu się tożsamości i przynależności, generuje pewien stosunek do rzeczywistości i ograniczeń, z którymi zmaga się osoba z uszkodzonym słuchem. Powoduje nierówność szans rozwojowych osób dotkniętych problemami słuchowymi i trudności wynikające z rozwoju dyktowanego ciągłą terapią (Podgórska-Jachnik, 2013). U dorosłych osób uszkodzenie słuchu głównie oddziałuje na relacje społeczne, możliwość samorealizacji czy wykonywania pracy zawodowej. Warunkuje koegzystencję, poczucie jakości życia, umożliwia wypełnianie ról społecznych. Wada słuchu, niezależnie od wieku osoby, wpływa na życie całej rodziny, jednak mocniej destabilizuje relacje, kiedy pojawia się u dziecka. Od rodzaju pomocy, jaki zostanie zaoferowany na każdym etapie rozwoju, zależą jakość koegzystencji i relacji pomiędzy członkami rodziny, stworzenie dogodnych warunków rozwoju psychospołecznego, zapewniającego ukształtowanie zdrowej

osobowości (Kosmalowa, 2002; Krakowiak, 2000; Plutecka, 2013a, 2013b).

Początkiem drogi każdej osoby z uszkodzonym słuchem niezależnie od wieku jest wykrycie wady oraz odpowiednie postępowanie diagnostyczne. Na podstawie wyników badań ustala się program rehabilitacji, dobiera i dopasowuje odpowiednie środki, a następnie rozpoczyna terapię. W celach diagnostycznych w opisie samego niedosłuchu należy posługiwać się klasyfikacjami medycznymi niedosłuchów, a dla celów poznawczych i rehabilitacyjnych można je wzbogacić klasyfikacjami funkcjonalnymi. Pierwsze pozwalają na ustalenie charakteru niedosłuchu z uwzględnieniem przyczyny, głębokości i rozległości, drugie – wpływu na rozwój kognitywny, w tym najważniejszego z punktu widzenia terapii osób niesłyszących i słabosłyszących obszaru – komunikacji.

Klasyfikacje medyczne opierają się na rozumieniu współzależności pomiędzy częstotliwością percypowanego sygnału akustycznego a wzmocnieniem sygnału potrzebnego do stwierdzenia reakcji układu akustycznego na sygnał o danej częstotliwości. Badaniami obejmuje się spektrum częstotliwościowe nazywane dźwiękami słyszalnymi, czyli takie częstotliwości, które genetycznie zaprogramowane i podległe ewolucji człowieka, pozwalają usłyszeć wszystkie sygnały charakteryzujące mowę dźwiękową (w każdym języku fonetycznym), sygnały ostrzegawcze, dźwięki techniczne i inne. Dźwięki mowy stanowią priorytet w spektrum sygnałów słyszalnych obejmujących częstotliwości od 16–20 Hz do 16–20 kHz, zajmują najlepiej przystosowane w tym celu miejsca w części odbiorczej narządu słuchu – lokacje od ok. 125 Hz do 8 kHz. Największa ich koncentracja przypada na zakres od 250 Hz do 3 kHz. Biorąc pod uwagę głębokość sygnału, międzynarodowe organizacje ustalające reguły klasyfikacji przyjmują głównie skorygowaną skalę decybelową i określają: normę słuchową do 20 dB HL, 25 dB – pogranicze normy, uszkodzenia lekkie od 25–40 dB HL, od 40–60 dB HL uszkodzenia umiarkowane, 60–90 dB HL – znaczne, 90–120 dB HL głębokie, a powyżej – brak percepcji

słuchowej (Shield, 2012). Taka klasyfikacja może stanowić podstawę diagnozowania jedynie niedosłuchów płaskich, mieszczących się w wyznaczonych progami decybelowymi obszarach o minimalnej zmienności decybelowej na poziomie wszystkich badanych częstotliwości. W przypadku niedosłuchów o innym charakterze niż płaski należy w diagnozie posiłkować się opisem kąta nachylenia krzywych słuchowych, wyznaczając także minima i maksima częstotliwościowe, przebieg krzywych względem częstotliwości, charakterystyczne przedziały (np. zakresy częstotliwości niskich, średnich, wysokich względem spektrum częstotliwości charakterystycznych dla dźwięków mowy). Najczęściej spotyka się krzywe wysokotonowe, łagodnie lub stromo opadające, o charakterze urazu akustycznego, krzywe basowe, kolebkowe, dzwonowate. Ważne jest także obserwowanie dynamiki słyszenia na podstawie różnicy pomiędzy progami słuchowymi a progami dyskomfortu, aby wykryć ewentualne zawężania jej dynamiki (Hojan, 2009; Latkowski, 2002; Charaziak, 2007; Moore, 1999).

W klasyfikacjach medycznych uwzględnia się także lokalizację uszkodzenia słuchu, zgodnie z budową narządu słuchu. Miejscem uszkodzenia mogą być ucho zewnętrzne i elementy takie, jak: małżowina uszna, przewód słuchowy zewnętrzny czy błona bębenkowa; ucho środkowe, gdzie dysfunkcja może obejmować łańcuszek kosteczek słuchowych, jamę bębenkową wysłaną nabłonkiem, której uszkodzenie czy stan zapalny mogą doprowadzić do infekcji w obrębie ucha środkowego, a nawet rozprzestrzenić się na ucho wewnętrzne czy kości czaszki (głównie obejmując wyrostek sutkowaty kości skroniowej) i w konsekwencji doprowadzić do uszkodzenia struktur kosteczek słuchowych czy błony bębenkowej, ucha wewnętrznego. Zalegające złogi wydzieliny o treści zapalnej mogą zmieniać warunki transmisji sygnału akustycznego drogą powietrzną. Podobnie jak w przypadku trąbki słuchowej, której dysfunkcja nie powoduje bezpośrednio uszkodzenia słuchu, mogą wpłynąć na regulację ciśnienia w uchu środkowym, ruchomość kosteczek słuchowych czy jego drenaż, zmieniając jakość/specyfikę transmisji bodźca

akustycznego. Zarówno ucho zewnętrzne, jak i środkowe odpowiadają za transmisję sygnału akustycznego naturalną i pierwszą dla człowieka drogą – drogą powietrzną, w skład której wchodzą droga kosteczkowa i powietrzna (pierwsza z nich obejmuje wszystkie struktury ucha zewnętrznego i środkowego, druga uwzględnia możliwość wywołania ruchów w obrębie okienka owalnego bez udziału kosteczek słuchowych i/lub błony bębenkowej). Uszkodzenia słuchu nazywane odbiorczymi zlokalizowane są w części ucha wewnętrznego i w wyższych częściach drogi słuchowej (częstokroć stosuje się termin „centralne uszkodzenia słuchu"). Obejmują struktury ślimakowe, często wywodzą się z dysfunkcji na poziomie przedsionka lub części błędnikowej ucha wewnętrznego. Najczęściej spotykane są tu jednak uszkodzenia *stricte* ślimakowe, obejmujące komórki słuchowe części narządu Cortiego. Uniemożliwiają transformację bodźca akustycznego w sygnał elektryczny powodujący pobudzenie nerwu słuchowego. Typ centralny natomiast, obejmując część drogi nerwowej doprowadzającej sygnał do struktur korowych, powoduje zaburzenia przenoszenia impulsów neuronalnych i ogranicza tym samym pobudzenie obszarów odpowiadających za percepcję i recepcję sygnału akustycznego (Gryczyński, Pajor, 2005; Kotyło, 2005).

Klasyfikacja medyczna służy opisowi niedosłuchu głównie do celów orzeczniczych, jednak pełni jeszcze jedną funkcję, jaką jest określenie możliwości terapii uszkodzeń słuchu za pomocą protez. Uwzględniając miejsce i głębokość niedosłuchu oraz specyfikę środowiskowego funkcjonowania i potrzeby podmiotu, stosuje się w dzisiejszych czasach wspomagające słyszenie sprzęty o dużym stopniu zaawansowania technologicznego.

Z punktu widzenia medycyny ważne są także przyczyny powstawania niesprawności (ICD-10, 2008). Wyróżnia się następujące przyczyny uszkodzeń słuchu:

1. Genetyczne uszkodzenia słuchu:

- uszkodzenia słuchu izolowane;
- uszkodzenia słuchu w zespołach wad.

2. Uszkodzenia słuchu w wyniku przebiegu chorób w obrębie narządu słuchu, takich jak: otoskleroza, choroba Ménière'a, stany zapalne, nowotwory.
3. Uszkodzenia słuchu jako konsekwencja chorób ogólnoustrojowych (np. cukrzyca, toczeń, choroby serca i krążenia, choroby neurologiczne, takie jak stwardnienie rozsiane).
4. Uszkodzenia słuchu w wyniku urazów mechanicznych.
5. Uszkodzenia słuchu w wyniku działania substancji ototoksycznych, w tym leków.
6. Psychogenne uszkodzenia słuchu – powodujące np. rzekome niedosłuchy, w których nie stwierdza się uszkodzenia drogi słuchowej, ale występuje niemożność przetwarzania sygnałów mowy na potrzeby komunikacji.
7. Uszkodzenia prenatalne i okołoporodowe, w tym wcześniactwo.
8. Uszkodzenia jatrogenne – wywołane błędami lekarskimi.
9. Uszkodzenia idiopatyczne – o nieustalonej przyczynie.

Ponadto klasyfikacja wyróżnia niedosłuchy obustronne i jednostronne, wrodzone i nabyte. Dodatkowo ważne jest, iż zwraca się w niej uwagę na coraz częstsze w środowisku niedosłuchy pochodzenia psychogennego oraz fluktuacyjne i przemijające.

Do celów terapeutycznych stosuje się klasyfikacje oparte na kryterium jakościowego przetwarzania sygnałów dźwiękowych, dzięki którym można ocenić stopień rozumienia mowy. Proponuje się także np. klasyfikacje oparte na stadium rozwoju mowy czy czasie powstania niedosłuchu, uwzględniające kontekst rozwoju językowego. Wyróżnia się uszkodzenia powstałe przed okresem rozwoju mowy, podczas trwania rozwoju mowy oraz po jego zakończeniu. Okresy te należy uszczegółowić, rozumiejąc dynamikę zmian, w szczególności w pierwszym okresie rozwoju niemowlęcia. Inne perspektywy i szanse rozwojowe ma dziecko tracące słuch w wieku 10 miesięcy, kiedy dochodziło do pobudzeń układu słuchowego (dziecko przechodząc okres głuszenia i gaworzenia pomału zaczęło rozwijać intencję komunikacyjną, ma

świadomość dźwięku, potrafi rozróżniać jego wszystkie cechy); inne szanse ma dziecko, które traci słuch w wieku dwóch miesięcy, kiedy nie wykorzystuje świadomie dźwięków do procesu komunikacji, nie ma wykształconej pamięci słuchowej, a stymulacja układu słuchowego jest stosunkowo krótka; jeszcze inne szanse ma dziecko, które nigdy nie słyszało dźwięku i którego komórki słuchowe nie rozwinęły się dostatecznie, by mogło być uczestnikiem świata dźwięków. Wszystkie te dzieci klasyfikuje się jako prelingwalnie niesłyszące.

Estabrooks (2006) proponuje wskazać kamienie milowe rozwoju systemu językowego od narodzin dziecka do szóstego roku życia. Zestawia reakcje słuchowe z odpowiedzią emocjonalną lub werbalną na nie (przełożenie ze słuchania na mówienie). Począwszy od narodzin wyróżnia: świadomość dźwięku – płacz; uwagę – gruchanie; lokalizowanie – uśmiech; dyskryminację – śmiech; słuchowe sprzężenie zwrotne – wokalizę; monitorowanie głosu – gaworzenie; sekwencjonowanie – imitowanie; przetwarzanie dźwięku – chuchanie, szeptanie; rozumienie – swoistą mowę, mowę żargonową/pierwsze słowo/kombinacje słów/sentencje/rozmowy; wyższy poziom rozumienia – pełny system gramatyczny.

Niezmiernie ważna ze względu na przebieg komunikacji jest klasyfikacja oparta na rozumieniu mowy w hałaśliwym otoczeniu, czyli biorąca pod uwagę współczynnik S/N (*sound*/*noise*), która także odnosi się do możliwych i spodziewanych korzyści po zaopatrzeniu w sprzęt wspomagający słyszenie, a dokładnie w aparaty słuchowe, z uwzględnieniem parametrów sprzętowych wymaganych przy protezowaniu (tabela 1).

Tabela 1 Klasyfikacja uszkodzeń słuchu w oparciu o próg SNR

Ubytek SNR	Stopień ubytku SNR	Implikacje dla pacjenta
0–3 dB	Norma lub pogranicze normy	Osoba nie wymaga protezowania lub wymaga zastosowania aparatów słuchowych fakultatywnie wyposażonych w mikrofon kierunkowy lub układ mikrofonów. Spodziewany duży lub bardzo duży zysk z protezy
3–7 dB	Ubytek słuchu lekki (łagodny) SNR	Osoba wymaga zastosowania aparatu/aparatów słuchowych wyposażonych przynajmniej w mikrofon kierunkowy lub układ mikrofonów. Spodziewana możliwość uzyskania percepcji słuchowej na poziomie normy
7–15 dB	Ubytek średni – umiarkowany SNR	Osoba wymaga zastosowania aparatu/aparatów słuchowych wyposażonych obligatoryjnie przynajmniej w mikrofon kierunkowy. Zaleca się zastosowanie układów mikrofonowych oraz bardziej zaawansowanych układów redukujących hałas. Możliwość odbioru mowy uzależniona od środowiska i klasy stosowanych sprzętów. Możliwy brak osiągnięcia normy słuchowej
>15 dB	Ubytek znaczny SNR	Osoba wymaga zaopatrzenia w wysokiej klasy aparaty słuchowe wyposażone w zaawansowane układy redukujące hałas oraz intensyfikujące mowę. Należy rozważyć stosowanie dodatkowych urządzeń zawężających pole odbioru sygnałów – wymuszających i/lub zawężających kierunkowość – np. systemu FM [Wysoce prawdopodobny brak osiągnięcia normy słuchowej – A.C.]

Źródło: Furman, Skrodzka, 2012, s. 9.

Jakość komunikacji werbalnej zależy przede wszystkim od wczesnego wykrycia wady i zaopatrzenia w adekwatny sprzęt wspomagający słyszenie oraz od możliwości kognitywnych pacjenta. Im interwencja nastąpi szybciej, tym większe prawdopodobieństwo, iż dziecko, które nigdy nie słyszało, nadrobi stracony czas, a dziecko (także dorosły), które straciło słuch, podtrzyma i rozwinie już nabyte umiejętności bez zagrożenia deprywacją drogi słuchowej. Im lepiej dobrane i dopasowane sprzęt oraz wprowadzone czynności rehabilitacyjne, tym większe szanse na rozwinięcie mowy dźwiękowej. Adekwatność doboru i dopasowania protez słuchowych zależy w głównej mierze od stopnia i typu uszkodzenia słuchu. W dzisiejszych czasach *de facto* nie istnieje żadne inne znaczące kryterium, które wpływałoby na dobór protezy słuchowej. Podstawą doboru środka wspomagającego słyszenie jest dokładne określenie miejsca niedosłuchu i jego głębokości. W tym celu wykonuje się badania słuchu, z których najpopularniejsze są: audiometria tonalna i słowna, audiometria impedancyjna, otoemisja akustyczna i potencjały wywołane. Te ostatnie są diagnostycznie

najważniejsze. Wykonuje się pomiary, by określić miejsce czy stopień uszkodzenia słuchu, czas latencji, a także wykorzystuje się je do śródoperacyjnej kontroli reakcji na bodziec przy zakładaniu elektrod w systemach implantów. Są to badania należące do grupy metod nieinwazyjnych, obiektywnych, niewymagające współpracy ze strony pacjenta. Warunkiem koniecznym uzyskania satysfakcji słuchowej są również prowadzenie intensywnej rehabilitacji postprotetycznej, dostrajanie protez (Miguel, Novaes, 2013; Schauwers i in., 2004).

W całym wachlarzu rozwiązań wybiera się te, które zmaksymalizują korzyści słuchowe. Każdy pacjent musi mieć sprzęt dobrany indywidualnie. Generalnie protezy słuchowe dzieli się na implanty słuchowe, aparaty słuchowe oraz inne urządzenia wspomagające pracę wyżej wymienionych sprzętów. Wśród implantów wyróżnia się systemy: implantu ślimakowego (w tym implanty hybrydowe), pniowego, ucha środkowego oraz zakotwiczone w kości. Najczęściej wszczepiane ze względu na odsetek osób cierpiących z powodu uszkodzeń komórek słuchowych w uchu wewnętrznym są implanty ślimakowe. Dają bardzo duże możliwości odbioru dźwięków, mogą być wszczepiane już ok. szóstego miesiąca życia. Implanty pniowe stosowane są w uszkodzeniach słuchu o typie centralnym, wymagają ingerencji w struktury mózgu, nie wszczepia się ich dzieciom, mają ograniczoną skuteczność. Implanty ucha środkowego oraz implanty zakotwiczone w kości stosuje się w przewodzeniowych uszkodzeniach słuchu. W przypadku pierwszego ograniczenie wiekowe właściwie nie istnieje, choć mając na uwadze specyfikę uszkodzeń przewodzeniowych, zawsze należy dokonać kalkulacji zysków i strat oraz możliwości zastąpienia tego typu protezy rozwiązaniem mniej inwazyjnym. Implanty zakotwiczone są stabilnym i pewnym rozwiązaniem, lecz dla skuteczności pracy wymagają ukończenia przez pacjenta trzeciego roku życia ze względu na procesy osyfikacji struktur czaszki. Do tego czasu łatwo zastąpić je aparatami słuchowymi wykorzystującymi drogę kostną w transmisji bodźca dźwiękowego (mniej stabilnymi, lecz nieinwazyjnymi rozwiązaniami).

Aparat słuchowy ma zastosowanie wtedy, kiedy diagnozuje się wystarczającą sprawność komórek słuchowych oraz drogi nerwowej, by mogły w sposób naturalny odebrać wypreparowaną w procesorze aparatu słuchowego falę akustyczną. Jeśli aparat słuchowy (nawet najlepszej klasy) zostanie dobrany i dopasowany do ciężkiego uszkodzenia słuchu, to z góry można założyć, iż korzyści słuchowe w zakresie rozumienia mowy nie będą wystarczająco satysfakcjonujące. Aparat wzmacnia sygnał, potrafi zredukować szum otoczenia, dopasować wzmocnienie dokładnie do charakteru/specyfiki uszkodzenia, posiada szereg technologicznie doskonałych i zaawansowanych podzespołów (w tym współpracujące zespoły mikrofonów pozwalają na rozszerzenie czy zawężenie kierunkowości słyszenia), programy akustyczne, możliwość podłączenia urządzeń wspomagających słyszenie i wiele innych pomocnych rozwiązań. Jednak za przetwarzanie sygnału nadal odpowiadają komórki słuchowe pacjenta, które są uszkodzone, a od stopnia degradacji i umiejętności kompensacyjnych pacjenta zależy jakość odbioru dźwięków. Aparat będzie miał zdecydowanie lepsze zastosowanie w przypadku niedosłuchów od lekkich po umiarkowane, głuchot jednostronnych (tu trzeba rozważyć użycie systemu CROS lub BICROS), często w niedosłuchach pochodzenia centralnego, fluktuacyjnych.

W głębszych obustronnych niedosłuchach o typie ślimakowym racjonalnym rozwiązaniem – o ile pozwala na to stan pacjenta oraz wyraża on (lub w przypadku dziecka – rodzic) taką chęć – jest zastosowanie systemu implantu ślimakowego. Inwazyjny zabieg wykonywany na strukturach ucha wewnętrznego polega na wszczepieniu wiązki elektrod oraz implantu i transmitera. Część niewszczepialną stanowi procesor mowy. Do pobudzenia zakończeń nerwu słuchowego dochodzi przez stymulację prądem wygenerowanym na wszczepionej elektrodzie. Wytwarza się nowy sposób przekazywania energii fali akustycznej: trafia ona na procesor mowy, tam zostaje zakodowana zgodnie z wymaganiami, jakie stawia układ słuchowo-nerwowy pacjenta, i przekazana do implantu. Do pobudzenia dochodzi w obszarze zakończeń nerwu

słuchowego w części ślimakowej ucha wewnętrznego, gdzie wiązka elektrod niejako zastępuje pracę komórek słuchowych. W potocznym nazewnictwie mówi się o uzyskaniu słuchu elektrycznego. Implanty ślimakowe czy hybrydowe (używane w stromo opadających wysokotonowych uszkodzeniach słuchu – wiązka elektrod, implant i transmiter są takie same jak w przypadku implantu ślimakowego, lecz elektrody aktywowane są tylko dla częstotliwości wysokich, a jeśli występuje również podwyższenie progu słuchowego dla tonów niskich, wykorzystuje się tu moduł aparatowy w procesorze mowy dla naturalnego doprowadzania wzmocnionego odpowiednio sygnału) mają zastosowanie tylko w przypadku głębokich niedosłuchów o etiologii ślimakowej. Nie należy ich stosować w przypadku przewodzeniowych uszkodzeń słuchu, a osobom z ubytkami typu odbiorczego (w stopniu od lekkiego po znaczny) lub z jednostronną głuchotą wszczepia się je tylko w uzasadnionych wypadkach. Nie nadają się dla pacjentów z problemami wynikającymi z uszkodzeń nerwów słuchowych. Proponuje się im inne, bardziej kompatybilne protezy, np. aparaty na przewodnictwo powietrzne czy kostne, system implantu ucha środkowego czy implanty pniowe (Czyż, 2015a, 2015b).

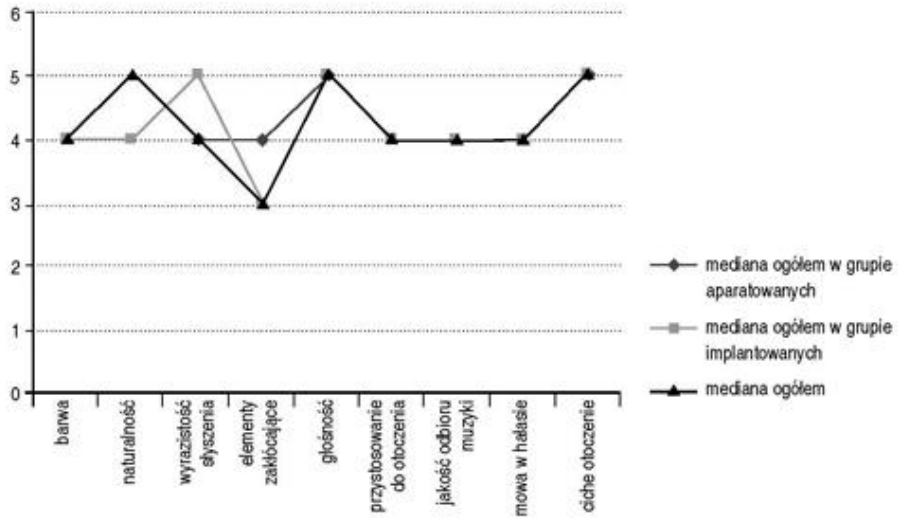
Wyznacznikami odpowiedniego doboru i dopasowania protez są rozwój mowy u dziecka i satysfakcja słuchowa pacjenta dorosłego. Badania dowodzą, iż dzieci zaopatrywane w system implantu ślimakowego do mniej więcej szóstego miesiąca życia rozwijają mowę bez istotnych statystycznie różnic pomiędzy nimi a słyszącymi rówieśnikami (Svirsky, Robbins, Kirk, Pisoni, Miyamoto, 2000; Ostojić, Djoković, Dimić, Mikić, 2011). Badania Ostojić i in. z 2015 roku pokazują również, iż szanse dziecka na rozwój mowy zgodny z wiekiem metrykalnym maleją wraz z upływem czasu od wykrycia wady do założenia implantu, przy czym istotne odstępstwa zauważa się już przy czasie założenia implantu, jakim jest 18. miesiąc życia. Niektóre badania naukowe jednoznacznie pokazują, iż przy zachowaniu wszystkich kryteriów kwalifikacyjnych, normie intelektualnej i braku innych deficytów dzieci z głębokim odbiorczym uszkodzeniem słuchu istotnie lepiej

rozwijają mowę niż dzieci aparatowane i ich tempo rozwoju mowy jest takie samo jak dzieci słyszących (Blamey i in., 2001; Mildner, Sindija, Zrinski, 2006). Badania porównawcze natomiast dzieci słyszących i późno implantowanych wykazują istotne statystycznie różnice w nabywaniu systemu językowego i opóźnienie w próbie implantowanych (Poursoroush i in., 2015). Inne badania, np. te, które przeprowadzili Hocevar-Boltezar, Vatovec, Gros, Zargi (2005) oraz Kosaner i in. (2017), udowadniają, iż późne implantowanie wiąże się jedynie z jakościową realizacją komunikacji (np. fonią, artykulacją).

Badania Czyż z 2017 roku prowadzone na próbie 71 osób z głębokim niedosłuchem wskazują na różnice nie tyle w jakości komunikacji, ile w ocenie pewnych aspektów dźwięku. Pokazują, iż osoby implantowane lepiej oceniają wyrazistość mowy, mniejszy jest tu wpływ zakłóceń na jej rozumienie. Słabiej natomiast niż aparatowani oceniają naturalność słyszenia (wykres 2).

Badania, w których osoby aparatowane i implantowane dokonywały także jakościowej subiektywnej oceny słyszenia w zakresie: słyszenia mowy w ciszy, słyszenia mowy w hałasie, reakcji na sygnały z otoczenia, percepcji elementów zakłócających odbiór sygnałów, przystosowania protezy do pracy w różnych otoczeniach akustycznych, odbioru muzyki i barwy sygnału, pokazały istotne różnice w próbach dla oceny słyszenia mowy w ciszy i hałasie; osoby implantowane wyżej oceniały te aspekty pracy protezy (Czyż, Plutec-
ka, 2016). Rodzaj protezy wiąże się także z oceną własnego funkcjonowania i jakości życia. Osoby implantowane istotnie wyżej niż aparatowane oceniały percepcję mowy w różnych środowiskach akustycznych, miały większą satysfakcję ze zdrowia, wyższy poziom samoakceptacji, pewności siebie, a także wyżej oceniały możliwości podejmowania aktywności zawodowej (Czyż, 2017).

Wykres 2. Profile akustyczne osób zaopatrzonych w implant i aparat słuchowy (Czyż, 2017, s. 136).



Przebieg rehabilitacji jest dyktowany m.in. wiekiem i doświadczeniami pacjenta, stadium opanowania mowy dźwiękowej w chwili utraty słuchu, miejscem i głębokością wady oraz umiejętnością wykorzystania potencjału protez. Żadne z urządzeń nie jest gwarantem uzyskania wysokiej jakości odbioru sygnału czy przetwarzania bodźca akustycznego, ale każde z nich na swój sposób pomaga i zbliża do świata dźwięków. Niestety rzeczywistość nie zawsze jest zgodna z założeniami diagnozy i terapii. Późno wykryte wady, stosowanie rozwiązań nieadekwatnych do rodzaju i głębokości niedosłuchu (niekoniecznie z niewiedzy, ale np. z przyczyn medycznych, ekonomicznych), nieefektywna rehabilitacja są najczęstszymi przyczynami słabego funkcjonowania słuchowego.

2.3. Uszkodzenia słuchu a radzenie sobie w sytuacjach trudnych

Podejście do uszkodzeń słuchu jako niesprawności przewlekłej, a nawet choroby, wiąże się z rozumieniem zjawiska choroby jako procesu życiowego przebiegającego nieodpowiednio w porównaniu z prawidłowymi procesami fizjologicznymi, jako braku lub niedostatecznego przystosowania się organizmu czy całokształtu procesów życiowych odbiegających od stanu prawidłowego. Niesprawność może być traktowana jako sytuacja powodująca zaburzenia lub zakłócenia normalnego funkcjonowania i wymagająca intensywnych działań adaptacyjnych lub readaptacyjnych. Każde uszkodzenie ciała wywołuje stres w organizmie, a wobec nowych wyzwań może się stać konieczne zastosowanie specyficznych metod radzenia sobie w sytuacjach trudnych w celu zoptymalizowania przystosowania się człowieka do wymagań środowiskowych oraz przyjęcia nowych ról, np. chorego, pacjenta, niepełnosprawnego, lub ich odrzucenia (Kurpas, Kusz, Jedynak, Mroczek, 2012).

Badania Schmitt, Patak i Kröner-Herwig (2000) dowodzą, iż stres zwiększa prawdopodobieństwo występowania nagłych utrat słuchu i powstawania szumów usznych. Generalnie osoby narażone na uszczerbek zdrowia związany z nagłym pogorszeniem percepcji słuchowej czy występowaniem szumów zdiagnozowano jako predysponowane do zamartwiania się i dużego wytężania sił w życiu codziennym. Ukierunkowanie na działanie diagnozują także badania prowadzone przez Hricovą (2018), które pokazują, iż moment wystąpienia utraty słuchu jest czynnikiem uruchamiającym mechanizmy zaradcze. Do najczęściej stosowanych do łagodzenia trudnej sytuacji przez pacjentów tracących nagle słuch należą: aktywne radzenie sobie ze stresem,

zwrot ku religii, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego. Najrzadziej badani angażowali takie strategie, jak: zażywanie substancji, akceptacja, zaprzestanie działań. Częściej wybierali sposób pokonywania trudności skoncentrowany na problemie niż na emocjach. Ważnym czynnikiem pomagającym w przechodzeniu przez trudność związaną z utratą pełni możliwości percepcyjnych jest wsparcie społeczne.

Trwałość zjawiska niedosłuchu porównuje się do sytuacji przewlekłego stresu. Wiąże się on z niską oceną jakości życia, w szczególności w kontekście ograniczeń, jakie implikuje choroba czy niepełnosprawność. Uszkodzenia słuchu nie pozwalają w pełni doświadczać świata, doznania są uszczuplone o najważniejszy zmysł, pozwalający na zachowanie interakcji społecznych, mogą prowadzić do poczucia marginalizacji czy ekskluzji. Rodzi się pewnego rodzaju rzeczywistość kompensowana, gdzie inne zmysły pracują dla wypełniania luki powstającej w wyniku deficytu słuchowego. W zależności od głębokości i czasu powstania niepełnosprawności słuchowej człowiek musi uruchamiać mechanizmy adaptacyjne, przezwyciężać powstały w wyniku konfrontacji z otoczeniem stres i niwelować jego skutki. U osób z uszkodzonym słuchem procesy adaptacyjne przebiegają zgodnie z rytmem diagnostyczno-rehabilitacyjnych oddziaływań, adekwatnym do wieku i potrzeb podmiotów. W relacji człowiek – środowisko najwięcej źródeł stresu generują sfera komunikacji z otoczeniem i wchodzenie w relacje społeczne, choć wada słuchu rzutuje *de facto* na każdy obszar funkcjonowania człowieka. Konsekwencjami uszkodzenia słuchu mogą być nieadekwatność przystosowania bio-psycho-społecznego, w tym ograniczenia w pełnieniu ról społecznych, niski poziom samodzielności, nieumiejętność inicjowania i podtrzymywania kontaktów społecznych i funkcjonowania społecznego, skromy zasób zasobów osobistych. Plutecka (2013a, 2016) pisze, iż skrajne przypadki nieprzystosowania mogą powodować marginalizację społeczną, w tym automarginalizację, autoalienację i autoizolację. Im większa natomiast możliwość poprawy percepcji słuchowej, tym obserwuje się bardziej pozytywne implikacje dla

funkcjonowania osób z wadą słuchu (Crandell, 1998). Co więcej, zauważa się związek pomiędzy poprawą jakości słyszenia a sytuacją społeczno-rodzinną (sytuacją otoczenia), w której funkcjonuje osoba z uszkodzonym słuchem (Mocarska, 2009; Yorgun i in., 2015). Vaccari i Marschark (2006) w relacjach rodzinnych na wczesnym etapie rozwoju i możliwości nieograniczonej komunikacji upatrują implikacji dla społecznego i emocjonalnego funkcjonowania osób z uszkodzonym słuchem. Badania Dubczyńskiej (1999) ukazują również wpływ wsparcia i rehabilitacji oraz efektów terapii na ich psychiczną kondycję: wzrost siły napędowej do walki z konsekwencjami niedosłuchu, przezwyciężania sytuacji trudnych.

Biorąc pod uwagę przezwyciężanie sytuacji trudnych przez osoby z uszkodzonym słuchem, należy przede wszystkim wskazać specyficzną sytuację, jaką jest uzależnienie funkcjonowania od sprzętów protetycznych, oraz sytuacje codzienne, które mogą generować stres. Ciągłe wchodzenie w rolę pacjenta, poddawanie się zabiegom i rehabilitacji może naruszać sferę prywatności, nadwyrężać odporność organizmu. Samo posiadanie sprzętów wspomagających słyszenie w wielu przypadkach percypowane jest jako piętno, oznaka inności, a brak pełnej kontroli wypowiedzi interlokutorów w akcie komunikacji generuje sytuacje trudne. Najczęściej wymienianymi przez badane osoby niesłyszące barierami w codziennym funkcjonowaniu są *de facto* wszystkie będące implikacją trudności komunikacyjnych, w tym łączące się z nawiązywaniem i podtrzymywaniem relacji interpersonalnych, i wynikająca stąd izolacja społeczna. Osoby niesłyszące doświadczają takich sytuacji, jak: brak rozumienia, wyśmiewanie, wykluczanie, ograniczenia dostępu do różnych aktywności, usług, dóbr kulturalnych. Najbardziej stresogenne dla nich konfrontacje to wizyty w urzędach, lekarskie, rozmowy kwalifikacyjne, a także spotkania rodzinne oraz ze znajomymi (Czyż, 2018). Badania Watson, Henggelera i Whelana (1990) pokazują, iż jakość komunikacji wpływa też na jakość kompetencji społecznych, a ta z kolei warunkowana jest poziomem akceptacji i adaptacji środowiska do sytuacji niesprawności słuchowej.

Badania wśród osób z uszkodzonym słuchem nie przynoszą jednoznacznej odpowiedzi na pytania o poziom stresu, jego uwarunkowania oraz o to, jak osoby z uszkodzonym słuchem radzą sobie w sytuacjach trudnych. Prowadzone na stosunkowo małych i celowo dobieranych próbach, nie dają podstaw do generalizowania wniosków na populację, prowokują jednak dyskusję. Jedne pokazują, iż osoby niesłyszące nie tyle wykazują podniesiony poziom stresu, ile spotykają się ze specyficznymi sytuacjami ten stres generującymi, inne – że poziom stresu jest porównywalny w próbach osób słyszących i z uszkodzonym słuchem, określany jako przeciętny (Czyż, 2019). Jeszcze inne wskazują, że istnieją międzygrupowe różnice w badaniach osób słyszących i niesłyszących, a głębokość niedosłuchu nie różnicuje wyników prób (Eschenbeck, Gillé, Heim-Dreger, Schock, Schott, 2017), czemu zaprzeczają wyniki badań Kurowskiej i Wieczór-Klein (2011), świadczące o wyższym niż w pozostałych przypadkach poziomie stresu w próbie osób słabosłyszących. Janiszewska, Kulik, Sztorc i Firlej (2016) także pokazują związek pomiędzy głębokością niedosłuchu a narażeniem na stres: im głębszy niedosłuch, tym większa jest częstość doświadczania stresu.

W badaniach Łukasiewicza (2008) młodzież słabosłysząca wykazywała skłonności do niskiej samooceny i zaburzeń związanych z pozostawaniem w relacji z otoczeniem. Badania własne obejmujące próbę 92 młodych osób z uszkodzonym słuchem wskazały na przeciętny poziom stresu i brak związku pomiędzy poziomem stresu a wyróżnionymi w badaniach zmiennymi demograficznymi, takimi jak: wiek, płeć, głębokość niedosłuchu, sposób protezowania (Czyż, 2019). Inne badania pokazały, iż w próbie uczniów ze szkół specjalnych dla osób z niedosłuchem poziom stresu również określa się jako przeciętny, a płeć nie różnicuje wyników badań dotyczących radzenia sobie w sytuacjach trudnych (Czyż, w druku).

Można zatem domniemywać, iż specyficznym sytuacjom stresogennym towarzyszą także specyficzne sposoby przezwyciężania stresu w celu utrzymania jego prawidłowego poziomu. Dotychczasowe badania pokazują, iż osoby z

uszkodzeniem słuchu próbują podjąć wysiłek zmierzający do usunięcia przeszkody, ale mają też skłonności do myślenia życzeniowego, a nawet fantazjowania (Kurowska, Wieczór-Klein, 2011). Badania Kobosko (2017) dowiodły, iż wysokiemu poziomowi wsparcia emocjonalnego towarzyszą koncentracja w radzeniu sobie ze stresem na strategiach unikających odpowiedzialności za rozwiązanie problemu, angażowanie się w inne czynności, wypieranie sytuacji trudnej a nawet zaprzestanie działań. W porównaniu z osobami słyszącymi osoby prelingwalnie niesłyszące implantowane rzadziej stosują strategie związane z aktywnym pokonywaniem trudności, ale także rzadziej sięgają po substancje psychoaktywne, częściej natomiast ukierunkowują działania na zaprzestanie wykonywania czynności. Najczęściej stosowaną strategią w radzeniu sobie ze stresem w próbie młodzieży pomiędzy 16. a 19. rokiem życia z głębokim niedosłuchem prelingwalnym jest akceptacja, najrzadziej wykorzystywaną – zażywanie substancji psychoaktywnych. Wzrostowi poziomu stresu odpowiada większa częstość stosowania strategii: poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, zaprzeczanie, wyładowywanie, obwinianie siebie, oraz czynnika zachowania unikowe (Czyż, 2019). W próbie uczniów szkół specjalnych najczęściej stosowanym w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych stylem walki ze stresem był styl skoncentrowany na unikaniu, najrzadziej wykorzystywanym – styl skoncentrowany na zadaniu. Wzrostowi poziomu stresu towarzyszą wzrost częstości stosowania stylu skoncentrowanego na emocjach i spadek częstości stosowania stylu skoncentrowanego na zadaniu (Czyż, w druku).

Badania Zaidman-Zait i Dotan (2017) nad stresem i sposobami radzenia sobie z sytuacjami trudnymi przez niesłyszących i słabosłyszących nastolatków ze szkół ogólnodostępnych pokazały, iż badani narażeni na takie same sytuacje jak ich słyszący rówieśnicy największy stres odczuwają w przypadku oceny sytuacji związanych z kolejno z: ich przyszłością, relacjami rówieśniczymi, szkołą. Jego przyczyną zaś są samo uszkodzenie słuchu i doświadczenia społeczne, np. interakcje, środowisko

klasowe (w tym środowisko akustyczne), oraz wyzwania edukacyjne. Płeć nie różnicowała wyników badań nad percepcją stresu i nad sposobami jego przezwyciężania. Wyższy poziom stresu dodatnio korelował ze stylem walki ze stresem ukierunkowanym na wycofanie oraz ujemne z pragmatycznością.

2.4. Samoocena osób z uszkodzonym słuchem

Samoocena, jak wspominano we wcześniejszym rozdziale, jest w transakcyjnym ujęciu stresu zasobem osobistym pomagającym w przezwyciężaniu sytuacji trudnych. Wysoka pomaga podejmować wyzwania, niska – można rzec – działa hamująco, odbiera siły do działania. Nie jest jednak oczywiste, w jaki sposób percypują siebie osoby z uszkodzonym słuchem. Biorąc pod uwagę fakt, iż samoocena może być odzwierciedleniem stosunków społecznych, obrazem człowieka w umysłach innych, można – zakładając, iż największe problemy zgłaszane przez osoby słabosłyszące wiążą się z ich relacjami społecznymi – spekulować, iż ich ocena siebie nie jest wysoka. Samotność, możliwość odrzucenia, piętno – stygmat – samego niedosłuchu mogą przyczyniać się do takiego stanu rzeczy. Wśród wyników dotychczasowych badań nie ma jednoznaczności co do poziomu samooceny oraz czynników ją warunkujących. Badania nad determinantami samooceny uczniów z trudnościami słuchowymi, w których oceniano związki ze środkami wspomagającymi słyszenie, stopniem niedosłuchu, mechanizmami adaptacyjnymi, pokazały, iż identyfikacja ze społecznością osób niesłyszących znacząco przyczynia się do pozytywnej samooceny. Uczniowie transkulturowi (żyjący zarówno w świecie osób słyszących, jak i Głuchych) z głębszym ubytkiem słuchu mają na ogół wyższą samoocenę niż osoby, które umiejętności językowe oraz uwarunkowania rodzinne zmuszają do wyboru pomiędzy życiem w świecie ciszy lub życiem w świecie dźwięków (Jambor, Elliot, 2005).

Badania porównawcze Theunissen i in. (2014) na próbie 123 dzieci (53 implantowanych i 70 aparatowanych, średnia wieku

11,8) z uszkodzonym w różnym stopniu słuchem ujawniły, iż dzieci słabosłyszące wykazują istotnie niższy poziom samooceny w zakresie akceptacji społecznej przez rówieśników i postrzegania przez rodziców. Takie same rezultaty jak słyszący rówieśnicy dzieci z uszkodzonym słuchem uzyskują w obszarach samooceny globalnej i wyglądu fizycznego. Grupa badanych uczęszczająca do szkół specjalnych, nawet dzieci dysponujących stosunkowo wysokimi umiejętnościami językowymi i z wysokim ilorazem inteligencji, jest zagrożona niską samooceną. Wyniki badań pokazały, iż na uzyskiwanie wyższego poziomu samooceny wpływają młodszy wiek, w którym podjęto decyzję o założeniu implantu ślimakowego, oraz dłuższy czas posiadania i użytkowania implantu. Warner-Czyż, Loy, Evans, Wetsel i Tobey (2015) przeprowadzili badania porównawcze nad samooceną dzieci i młodzieży z uszkodzonym słuchem. Próba obejmowała 50 osób aparatowanych i implantowanych. Uwzględniono takie zmienne, jak: zdolności komunikacyjne, relacje społeczne, samoocena i temperament. Badania pokazały, iż dzieci niesłyszące mają istotnie wyższy poziom samooceny niż słyszące. Samoocena podwyższa się wraz ze wzrostem poczucia przynależności i atencji ze strony otoczenia, a obniża się w związku z nastrojem dysforycznym. Nie stwierdzono istotnych korelacji między poczuciem własnej wartości a czynnikami demograficznymi, umiejętnościami komunikacyjnymi lub relacjami społecznymi. W 2014 roku Lesar i Smrtnik-Vitulić przeprowadziły badania z udziałem niesłyszących i słabosłyszących uczniów słoweńskich szkół ogólnodostępnych i specjalnych. Objęto nimi 80 osób. Wyniki badań wykazały przeciętny poziom samooceny ogólnej i obszarów samooceny, w tym stosunków społecznych, własnej fizyczności i emocjonalności oraz pewności siebie. Nie różnicowały wyników zmienne demograficzne (płeć i wiek) ani stopień niedosłuchu. Różnice pojawiły się w samoocenie uczniów szkół ogólnodostępnych i specjalnych. Uczniowie szkół ogólnodostępnych wykazywali istotnie wyższy poziom samooceny ogólnej oraz w zakresie pewności siebie i zaufania.

Etiopskie badania, które prowadzili Mulat, Savolainen, Lehtomäki i Kuorelahti (2016), pokazały, iż dzieci z uszkodzonym słuchem mają niższą samoocenę niż słyszący rówieśnicy. Wykazano też wyższy poziom samooceny dzieci ze szkół specjalnych niż dzieci uczęszczających do klas specjalnych w szkołach ogólnodostępnych.

Bardzo interesujące studium porównawcze dotyczące samooceny można odnaleźć wśród prac Şahli i Belgina. W 2006 roku opublikowali oni wyniki badań nad samooceną młodych osób z uszkodzonym słuchem (12–19 lat) przed i po zabiegu implantacji systemem implantu ślimakowego. W grupie kontrolnej znalazły się osoby słyszące. Wstępne wyniki wskazywały na brak istotności różnic pomiędzy grupą badawczą a kontrolną. Różnice wykazano po zaimplantowaniu osób z uszkodzonym słuchem – stwierdzono istotny wzrost samooceny po przeprowadzeniu zabiegu. Na wyższy poziom samooceny miały także wpływ takie zmienne, jak: uczestnictwo w edukacji przedszkolnej, warunki socjalno-bytowe, w tym wyższy dochód na członka rodziny, wykształcenie rodziców (wyższe) oraz posiadanie rodzeństwa.

Badania nad jawną i niejawną samooceną grupy młodzieży (18–21 lat) prowadzone przez Zhenga (2012) pokazują, iż istnieje rozbieżność pomiędzy wynikami jawnej i niejawnej samooceny, jednakże taki efekt obserwowalny jest także w próbie osób słyszących. Samoocena niejawna mężczyzn jest wyższa niż kobiet, a generalnie osoby z uszkodzeniem słuchu wykazują tendencję do niższej samooceny niż słyszący rówieśnicy. Ponadto pomiary samooceny wśród młodych osób z uszkodzonym słuchem, które są członkami specyficznych społeczności, takich jak drużyny sportowe (tu zawodniczo grających w piłkę nożną, czyli bardziej narażonych na stres, ale też poddawanych publicznemu osądowi), pokazują, iż poziom samooceny jest przeciętny i nie występują żadne związki pomiędzy wiekiem, stażem, statusem edukacyjnym czy miejscem zamieszkania (Açak, Kaya, 2016).

Inne badania nad samooceną młodzieży z uszkodzonym słuchem, prowadzone w Słowenii (Kogovsek, 2015) na próbie 65 osób niesłyszących i 65 słyszących, pokazały, iż istnieje istotny

statystycznie związek pomiędzy wynikami samooceny w próbach. Osoby niesłyszące uzyskiwały istotnie niższe wyniki niż słyszący rówieśnicy. Ponadto stwierdzono, że na samoocenę wpływają płeć i wiek. Istotnie wyższa samoocena jest wśród słyszących 16- i 20-latków oraz słyszących kobiet i mężczyzn.

Prowadzone przez Kobosko i in. (2018) badania dorosłych osób implantowanych pomiędzy 22. a 60. rokiem życia pokazały, iż samoocena osób z trudnościami w słyszeniu jest niższa niż w populacji osób słyszących. Największe różnice notuje się w próbie osób z postlingwalnym niedosłuchem. Ponadto stwierdzono, iż zachodzi związek pomiędzy satysfakcją ze słyszenia a poziomem samooceny (im wyższa satysfakcja, tym wyższa samoocena) i statusem małżeńskim (osoby pozostające w związkach również wykazywały wyższą samoocenę). Mężczyźni mieli wyższą samoocenę niż kobiety, nie bez znaczenia był też status społeczny związany z poziomem wykształcenia i pełnieniem ról zawodowych. Osoby z wyższym wykształceniem i pracujące/studiujące także miały wyższą samoocenę niż te z niskim wykształceniem i niepracujące.

3. Metodologiczne podstawy prowadzonych badań

3.1. Przedmiot, cel badań i pytania badawcze

Badania nad komponentem osobowości, jakim jest samoocena, oraz jej związkami z poziomem stresu i umiejętnością pokonywania trudności mają charakter ilościowy. Utrzymane zostały w paradygmacie pozytywistycznym. Ze względu na brak badań dotyczących związku pomiędzy zjawiskiem stresu, radzeniem sobie z problemami i samooceną, jak również rzadkie podejmowanie badań nad samym stresem wśród osób z uszkodzonym słuchem niniejsza praca ma charakter eksploracyjny (przyjmuje się taką możliwość zgodnie z metodologią prowadzenia badań za Creswellem, 2009). Badania nawiązują do dwóch teorii stresu: transakcyjnej teorii stresu Lazarusa i Folkman i teorii zachowania zasobów Hobfolla, oraz do socjometrycznej teorii samooceny Leary'ego i Baumeistera (patrz rozdz. 1). Uzupełniają się one i pozwalają na dookreślenie wycinka ogromnego pola badawczego dotyczącego problematyki stresu i samooceny osób z uszkodzeniem słuchu.

Cele dysertacji to zatem zdiagnozowanie poziomu stresu, ujawnienie stylów i strategii walki z trudnościami oraz pokazanie, jak siebie percypują osoby z uszkodzonym słuchem. Ponadto poszukuje się związków powyższych ze zmiennymi demograficznymi, takimi jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, rodzaj zastosowanej protezy słuchowej i

głębokość niedosłuchu. Rozważania zmierzają do odnalezienia podmiotowych uwarunkowań (w samoocenie i jej obszarach) poziomu stresu oraz sposobów walki ze stresem. Identyfikuje się obszary samooceny, style i strategie najbardziej angażowane w utrzymanie prawidłowego poziomu stresu oraz poszukuje czynników odpowiedzialnych za wysoki poziom stresu. Celem pracy jest też określenie predyktorów poziomu stresu, sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych i samooceny. Aplikacyjny cel niniejszych badań stanowi opracowanie wniosków dla praktyki terapeutycznej oraz wskazówek i postulatów promujących wiedzę na temat implikacji społecznych uszkodzeń słuchu.

Aby zrealizować powyższe cele, postawiono następujące pytania badawcze:

1. Jaki jest poziom stresu w badanej próbie?
2. Które zmienne różnicują wyniki badań nad stresem?
3. Które strategie walki ze stresem dominują wśród osób z uszkodzonym słuchem?
4. Jaki jest udział w walce ze stresem wyróżnionych w pracy stylów wśród osób z uszkodzonym słuchem?
5. Jakie strategie i czynniki (strategie zgrupowane) walki ze stresem najczęściej wybierają badani w próbach różnicowanych płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania, pozycją zawodową, rodzajem protezy słuchowej i głębokością uszkodzenia słuchu?
6. Jakie strategie i czynniki (strategie zgrupowane) walki ze stresem najrzadziej wybierają badani w próbach różnicowanych płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania, pozycją zawodową, rodzajem protezy słuchowej i głębokością uszkodzenia słuchu?
7. Jaki jest udział w walce ze stresem w próbach różnicowanych zmiennymi (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, rodzaj protezy słuchowej i głębokość uszkodzenia słuchu) stylów: skoncentrowanego na zadaniu, skoncentrowanego na emocjach, skoncentrowanego na

unikaniu (i jego podstylów: angażowanie się w czynności zastępcze i poszukiwanie kontaktów towarzyskich)?

8. Jaki jest poziom samooceny i jej komponentów w próbie ogółem?
9. Jaki jest poziom samooceny i jej komponentów w próbach różnicowanych zmiennymi: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, rodzaj protezy słuchowej i głębokość uszkodzenia słuchu?
10. Które zmienne spośród wyróżnionych w pracy (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, rodzaj protezy słuchowej i głębokość uszkodzenia słuchu) różnicują wyniki badań nad poziomem stresu?
11. Które zmienne spośród wyróżnionych w pracy (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, rodzaj protezy słuchowej i głębokość uszkodzenia słuchu) różnicują wyniki badań nad strategiami i czynnikami radzenia sobie ze stresem?
12. Jakie stwierdza się różnice międzygrupowe w próbach różnicowanych zmiennymi (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, rodzaj protezy słuchowej i głębokość uszkodzenia słuchu) w kontekście strategii i czynników walki ze stresem?
13. Które zmienne spośród wyróżnionych w pracy (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, rodzaj protezy słuchowej i głębokość uszkodzenia słuchu) różnicują wyniki badań nad stylami radzenia sobie ze stresem?
14. Jakie stwierdza się różnice międzygrupowe w próbach różnicowanych zmiennymi (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, rodzaj protezy słuchowej i głębokość uszkodzenia słuchu) w kontekście stylów walki ze stresem?
15. Które zmienne spośród wyróżnionych w pracy (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, rodzaj protezy słuchowej i głębokość uszkodzenia słuchu) różnicują wyniki badań nad samooceną i jej komponentami?
16. Jakie stwierdza się różnice międzygrupowe w próbach różnicowanych zmiennymi (płeć, wiek, miejsce zamieszkania,

pozycja zawodowa, rodzaj protezy słuchowej i głębokość uszkodzenia słuchu) w kontekście samooceny i jej komponentów?

17. Czy i jakie związki istnieją pomiędzy poziomem stresu, strategiami, stylami a samooceną?
    – Jakie strategie objaśniają poziom stresu?
    – Co warunkuje stosowanie aktywnych, skoncentrowanych na poszukiwaniu wsparcia, pasywnych czy ukierunkowanych na emocje sposobów pokonywania stresu?
    – Jakie relacje zachodzą pomiędzy wynikami badań nad samooceną ogólną a wynikami w jej obszarach?
    – Jakie zależności łączą samoocenę z poziomem stresu?
    – Jakie sposoby przezwyciężania stresu korelują ze wzrostem samooceny?
    – Jak poziom stresu, strategie, style walki ze stresem objaśniają składowe samooceny?
    – Jak warunkują się wzajemnie składowe samooceny?
18. Jaki jest obraz relacji społecznych osób z uszkodzonym słuchem?

Analizując teorie stresu, samooceny oraz dotychczasowe badania prowadzone z udziałem osób z uszkodzonym słuchem, stwierdzono, iż istnieje zbyt mało danych uwzględniających zmienne, w tym zmienne kontekstowe, takie jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa, sposób protezowania i poziom niedosłuch, w kontekście badań nad stresem, sposobami jego przezwyciężania oraz związków samooceny z powyższymi, przez co zdecydowano się nie stawiać hipotez badawczych.

3.2. Zmienne, wskaźniki, metody weryfikacji danych

W badaniach uwzględniono zmienne o charakterze dwuwartościowym (dychotomicznym), trychotomicznym i politomicznym. To zmienne dyskretne, zbiór wartości nieciągłych, zmieniających swoje funkcje – ze zmiennych opisujących w zmienne opisywane. Wyłonione zmienne reprezentowane są przez wskaźniki mające charakter: empiryczny (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, sposób protezowania, aktywność zawodowa), empiryczno-definicyjny (głębokość niedosłuchu) oraz empiryczno-inferencyjno-definicyjny (poziom samooceny i jej składowych, poziom stresu, strategie radzenia sobie ze stresem, style radzenia sobie ze stresem (Nowak, 1965, za: Brzeziński, 1999) (tabela 2).

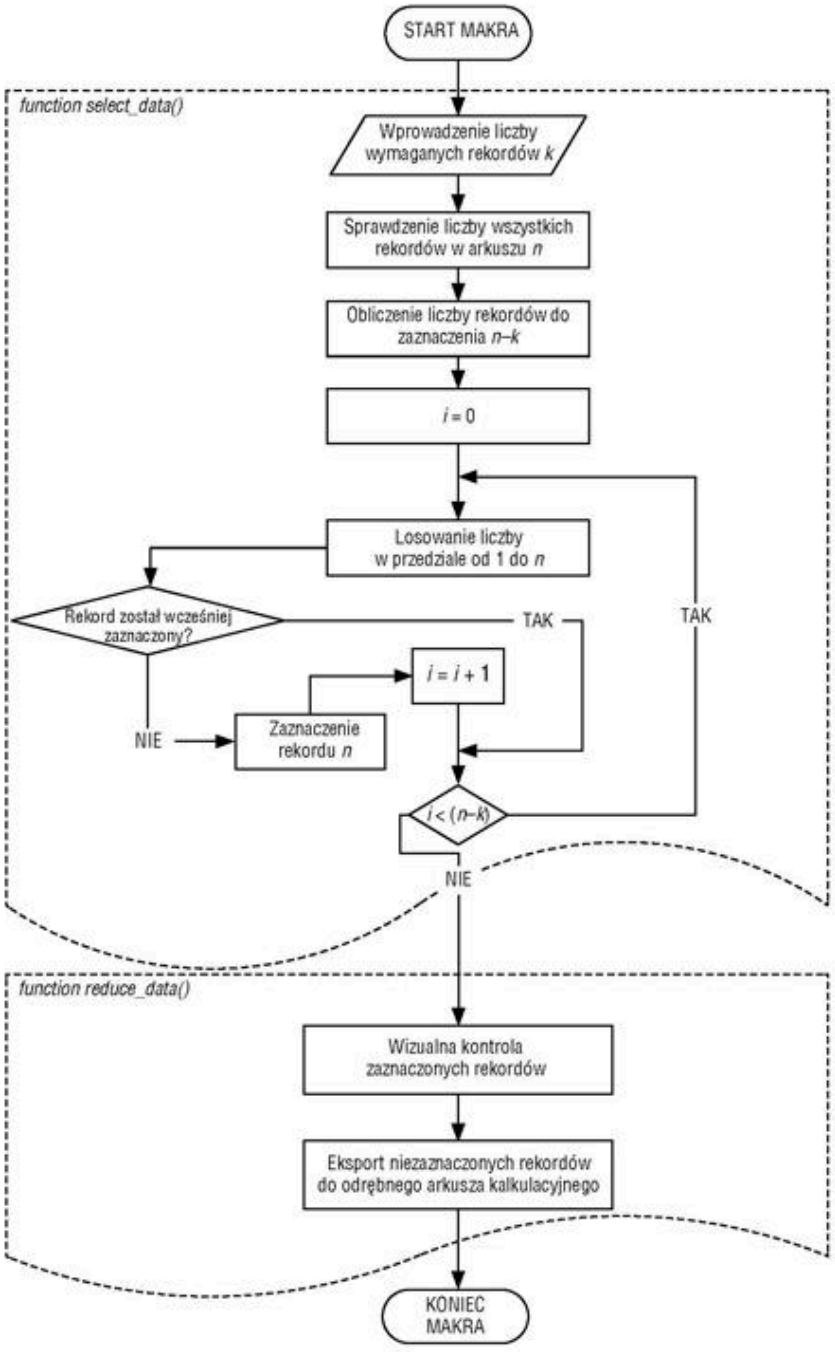
Tabela 2 Zestawienie zmiennych i wskaźników wyodrębnionych w pracy

Zmienne	Wariant zmiennej		Wskaźniki
Płeć	1. mężczyzna (m) 2. kobieta (k)		Wskaźnik definicyjny: płeć
Wiek	1. wiek młodzieńczy – 17–25 lat 2. wiek wczesnej dorosłości – 26–45 lat		Wskaźnik definicyjny: wiek
Miejsce zamieszkania	1. wieś 2. miasto do 100 tys. mieszkańców 3. miasto powyżej 100 tys. mieszkańców		Wskaźnik definicyjny: miejsce zamieszkania
Pozycja zawodowa	1. uczeń/student 2. czynny(a) zawodowo 3. niepracujący(a)		Wskaźnik definicyjny: pozycja zawodowa
Sposób protezowania	1. aparaty słuchowe 2. implant ślimakowy 3. brak protezy		Wskaźnik definicyjny: środek protetyki słuchu
Stopień uszkodzenia słuchu	1. lekki 2. umiarkowany 3. znaczny 4. głęboki		Wskaźnik definicyjny: stopień niedosłuchu
Poziom odczuwalnego stresu			Wskaźnik empiryczny: wynik surowy i przeliczony dla skali PSS-10 według podręcznika dla narzędzia (s. 20–21)
Strategie walki ze stresem	Strategie 1. Aktywne radzenie sobie ze stresem 2. Planowanie 3. Pozytywne przewartościowanie 4. Akceptacja 5. Poczucie humoru 6. Zwrot ku religii 7. Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego 8. Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego 9. Zajmowanie się czymś innym 10. Zaprzeczanie 11. Wyładowywanie 12. Zażywanie substancji psychoaktywnych 13. Zaprzestanie działań 14. Obwinianie siebie	Strategie zgrupowane w czynniki: 1. Aktywne radzenie sobie ze stresem 2. Bezradność 3. Poszukiwanie wsparcia 4. Zachowania unikowe 5. Zwrot ku religii 6. Akceptacja 7. Poczucie humoru	Wskaźnik empiryczny: wynik surowy dla strategii i czynników ustalony według podręcznika dla narzędzia Mini-COPE (s. 54–56)

Style radzenia sobie ze stresem	1. Styl skoncentrowany na zadaniu 2. Styl skoncentrowany na emocjach 3. Styl skoncentrowany na unikaniu, który może przyjmować dwie formy: – angażowanie się w czynności zastępcze – poszukiwanie kontaktów towarzyskich	Wskaźnik empiryczny: wynik surowy i przeliczony dla stylów i podstylów, ustalony według podręcznika dla narzędzia CISS (s. 69–72, 79–80)
Samoocena	1. Kompetencje 2. Bycie kochanym 3. Popularność 4. Zdolności przywódcze 5. Samokontrola 6. Samoakceptacja moralna 7. Atrakcyjność fizyczna 8. Witalność 9. Integracja tożsamości 10. Obronne wzmacnianie samooceny 11. Ogółem	Wskaźnik empiryczny: wynik surowy i przeliczony dla samooceny ogólnej oraz obszarów samooceny, ustalony według podręcznika dla narzędzia (s. 78–80, 104–115)

Analizy badań przeprowadzono z użyciem statystyk opisowych, statystyk parametrycznych: test *t*-Studenta, jednoczynnikowa ANOVA i test Lambda Wilksa, wielokrotna analiza regresji – liniowa krokowa wsteczna, analiza korelacji *r*-Pearsona. Do analiz *post hoc* zastosowano test Tukeya dla różnych *N*, przy czym założono prowadzenie analiz *post hoc* nawet w przypadku braku istotności statystycznej w analizach wariancji prób różnicowanych zmiennymi: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, sposób protezowania oraz głębokość niedosłuchu. Porównania wielokrotne prowadzono w celu wykrycia istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami. Zmienne nominalne oraz porządkowe zrekodowano zgodnie z procedurą *dummy coding*. Analizy przeprowadzono za pomocą programu Statistica 13.1. Dane pochodziły z próby fluktuacyjnej. W przypadku trzech ostatnich zmiennych zastosowano losową redukcję liczby respondentów w celu wyrównania liczebności podgrup. W tym celu użyto specjalnie przygotowanego programu komputerowego (schemat 1).

Schemat 1. Zastosowany algorytm losowej redukcji liczebności podgrup[1].



Rekord oznacza wiersz w źródłowym arkuszu kalkulacyjnym

3.3. Narzędzia pomiaru zmiennych

Badania zostały przeprowadzone z użyciem standaryzowanych kwestionariuszy pomiarowych: CISS – Coping Inventory for Stressful Situations (Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych) autorstwa Endlera i Parkera z 1990 roku, w polskiej adaptacji Strelaua, Jaworowskiej, Wrześniewskiego, Szczepaniaka z 2009 roku; Mini-COPE – Brief Inventory for Measuring Coping with Stress (Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem) autorstwa Carvera z 1997 roku, w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik z 2009 roku; PSS-10 – The Perceived Stress Scale (Skala Odczuwanego Stresu) autorstwa Cohena, Kamarcka oraz Mermelsteina z 1983 roku, w polskiej adaptacji Juczyńskiego, Ogińskiej-Bulik z 2012 roku oraz MSEI – Multidimensional Self-Esteem Inventory (Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny) autorstwa O'Briena, Epsteina z 1988 roku w polskiej adaptacji Fecenec z 2008 roku. Wszystkie narzędzia zostały zweryfikowane pod kątem trafności i rzetelności pomiarów oraz wyposażone w normy (tabela 3).

Tabela 3 Dane dotyczące rzetelności i trafności oraz norm dla narzędzi

Narzędzie	Trafność	Rzetelność	Normy
PSS-10	kryterialna	wysoka, alfa-Cronbacha 0,86, stabilność zadowalająca, korelacje w odstępie 2 tygodni na poziomie 0,85, w odstępie 6 tygodni 0,65	stenowe, wspólne dla kobiet i mężczyzn, dorosłych, zdrowych i chorych
Mini-COPE	teoretyczna	wysoka, wskaźnik Guttmana 0,87, rzetelność połówkowa 0,86, wskaźniki poszczególnych skal w wersji oryginalnej zbliżone do 0,70, stałość zadowalająca	średnie dla strategii i czynników wyznaczają charakterystyczny profil badanego
CISS	wykazana trafność czynnikowa (teoretyczna)	wysoka, zgodność wewnętrzna wysoka – alfa-Cronbacha w przedziale 0,78–0,90, stabilność zadowalająca – korelacje w odstępie 2–3-tygodniowym w przedziale 0,73–0,80	stenowe, wspólne dla kobiet i mężczyzn, trzy grupy wiekowe: 16–24 lata, 25–54 lata i 55–79 lat oraz dla żołnierzy zasadniczej służby wojskowej
MSEI	teoretyczna	zadowalająca lub wysoka zgodność wewnętrzna większości skal, alfa-Cronbacha pomiędzy 0,70 a 0,90, wysoka stabilność – korelacje w odstępie 2-tygodniowym w przedziale 0,73–0,96	stenowe, osobne dla kobiet i mężczyzn, trzy grupy wiekowe: 16–19 lat, 20–64 lata i 65–79 lat, zdrowych i chorych

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Juczyński, Ogińska-Bulik, 2012; Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak, 2009; Fecenec, 2008.

Kwestionariusz PSS-10 dostarcza informacji na temat poziomu odczuwanego stresu na przestrzeni niedługiego okresu (miesiąca poprzedzającego badanie). Badani dokonują oceny 10 itemów na skali od 0 do 4 (od „nigdy” po „bardzo często”), określając, jak często odczuwali lub myśleli w podany sposób, np.:

2. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułeś/aś, że ważne sprawy w twoim życiu wymykają ci się spod kontroli? 0 1 2 3 4
6. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca stwierdzałeś/aś, że nie radzisz sobie ze wszystkimi obowiązkami? 0 1 2 3 4
9. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca złościłeś/aś się, ponieważ nie miałeś/aś wpływu na to co się zdarzyło? 0 1 2 3 4

Narzędzie pozwala na analizę wyników względem skali skróconej – wyniki niskie, przeciętne i wysokie, lub rozszerzonej: niskie, obniżone, przeciętne, podwyższone oraz wysokie, przy czym uważa się, iż wyniki od niskich do przeciętnych pozwalają ocenić poziom stresu jako prawidłowy, niezagrażający funkcjonowaniu człowieka, natomiast podwyższone i wysokie to

wyniki nieprawidłowe, świadczące o obciążeniu organizmu i narażeniu go na nieprzyjemne konsekwencje zdrowotne.

Kolejne narzędzie pozwala na wyłonienie konkretnych strategii stosowanych w momencie zetknięcia się podmiotu z sytuacją trudną. Na 4-stopniowej skali badany ocenia 28 twierdzeń – szacuje, z jaką intensywnością postępuje w dany sposób: 0 oznacza, że prawie nigdy nie postępuje w dany sposób, a 3 – że prawie zawsze tak postępuje, np.:

6. Rezygnuję z prób osiągnięcia celu	0 1 2 3
9. Mówię o rzeczach, które pozwalają mi uciec od nieprzyjemnych uczuć	0 1 2 3
13. Krytykuję samego siebie	0 1 2 3

Mini-COPE pozwala na uzyskanie informacji o częstości stosowania 14 strategii połączonych w 7 czynników:

1. Aktywne radzenie sobie ze stresem
2. Planowanie
3. Pozytywne przewartościowanie
4. Akceptacja
5. Poczucie humoru
6. Zwrot ku religii
7. Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego
8. Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego
9. Zajmowanie się czymś innym
10. Zaprzeczanie
11. Wyładowywanie
12. Zażywanie substancji psychoaktywnych
13. Zaprzestanie działań
14. Obwinianie siebie

1. Aktywne radzenie sobie ze stresem
2. Bezradność
3. Poszukiwanie wsparcia
4. Zachowania unikowe
5. Zwrot ku religii
6. Akceptacja
7. Poczucie humoru

Strategie skoncentrowane na problemie to: aktywne radzenie sobie ze stresem, planowanie i poszukiwanie wsparcia instrumentalnego. Strategie ukierunkowane na emocje to: poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, zwrot ku religii, zaprzeczanie, natomiast wyładowywanie, zajmowanie się czymś innym, zaprzestanie działań, zażywanie substancji psychoaktywnych, poczucie humoru to strategie pomocnicze, uważane za mniej skuteczne, niesklasyfikowane. Przystosowawczymi (warunkowo, gdy strategie aktywnego

radzenia sobie ze stresem są skuteczne) strategiami autorzy nazywają planowanie, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, pozytywne przewartościowanie, akceptację i zaprzeczanie. Do unikowych (choć w niektórych wypadkach też przystosowawczych) strategii zalicza się poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, zaprzestanie działań. Użytecznymi, choć mało skutecznymi, nazywa się takie strategie, jak: zażywanie substancji psychoaktywnych czy poczucie humoru.

Kwestionariusze CISS, Mini-COPE oraz PSS-10 skonstruowane zostały w oparciu o transakcyjną teorię stresu Lazarusa i Folkman. Pierwszy z nich pozwala na ocenę stylu radzenia sobie ze stresem rozumianego jako generalna predyspozycja do działania w określony sposób. Przyporządkowania stylu podmiotowi dokonuje się dzięki przeprowadzeniu estymacji 48 twierdzeń w 5-stopniowej skali częstości podejmowania danego działania w przypadku zaistnienia sytuacji trudnej – stresowej, np.:

8. Winię siebie, że wpadłem(am) w taką sytuację	1 2 3 4 5
14. Staję się bardzo napięty(a)	1 2 3 4 5
19. Staję się bardzo przygnębiony(a)	1 2 3 4 5

Kwalifikacji dokonuje się, uwzględniając 5 stylów (3 główne i 2 podstyle):

1. SSZ (styl skoncentrowany na zadaniu) – styl wyrażający się w podejmowaniu czynności zmierzających do konfrontacji z problemem, oceny sytuacji, opracowania planu działania i aktywnego przezwyciężania trudności.
2. SSE (styl skoncentrowany na emocjach) – styl wyrażający się w koncentracji na własnych przeżyciach, emocjach; przejawiający się napięciem, negatywną energią w przypadku konfrontacji z problemem. Osoby stosujące ten styl mogą mieć skłonności do fantazjowania i myślenia życzeniowego, ucieczki w świat marzeń.
3. SSU (styl skoncentrowany na unikaniu) – styl wyrażający się oporze, odsuwaniu problemu, nieangażowaniu się w jego

rozwiązanie, unikaniu odpowiedzialności. Może przyjmować dwie formy:

- ACZ (angażowanie się w czynności zastępcze);
- PKT (poszukiwanie kontaktów towarzyskich).

Ostatnim narzędziem jest wielowymiarowy kwestionariusz MSEI służący do badania samooceny globalnej oraz szczegółowych jej komponentów. Narzędzie składa się z dwóch części. Pierwsza, licząca 61 twierdzeń, wymaga wskazania za pomocą 5-stopniowej skali, w jakim stopniu twierdzenia są prawdziwe w stosunku do samego badanego, np.:

11. Gdy jestem oceniany (oceniana), zazwyczaj potrafię pokazać swoje umiejętności.	1 2 3 4 5
21. Czuję, że brakuje mi samodyscypliny.	1 2 3 4 5
28. Zdarza się, że czuję się zakłopotany (zakłopotana) swoim wyglądem.	1 2 3 4 5

Druga część zawiera 55 pytań. Przy użyciu 5-stopniowej skali (od „prawie nigdy" po „bardzo często") badany ocenia, jak często czuje lub myśli w podany sposób, np.:

94. Jak często czujesz się w doskonałej formie fizycznej?	1 2 3 4 5
109. Jak często jest ci trudno przyznać się do popełnionego błędu?	1 2 3 4 5
113. Jak często czujesz, że brakuje ci pewności siebie?	1 2 3 4 5

Kwestionariusz łącznie liczy 116 pozycji wchodzących w skład 11 obszarów samooceny, w tym obszaru ogólnej samooceny, która nie jest prostą sumą pozostałych podskal. Wyraża ona najbardziej ogólny, zgeneralizowany stosunek badanego do samego siebie, poczucie samozadowolenia. Kwestionariusz pozwala na wykonanie profilu samooceny badanego, wskazanie różnic pomiędzy całościową samooceną a jej komponentami. Komponentami (obszarami) samooceny są:

kompetencje – ocena własnych umiejętności, wiedzy, szybkości działania i efektywności podejmowanych decyzji i czynności;

- bycie kochanym – ocena akceptacji przez otoczenie, poczucia bliskości z innymi;
- popularność – ocena związana ze stosunkami społecznymi, pozostawaniem w centrum uwagi i byciem przedmiotem

adoracji;
- zdolności przywódcze – ocena umiejętności w zakresie zarządzania, liderowania;
- samokontrola – ocena umiejętności panowania nad własnym zachowaniem, emocjami, kognicją itd.;
- samoakceptacja moralna – ocena wielkości dysonansu pomiędzy własnym postępowaniem a przyjętym systemem wartości;
- atrakcyjność fizyczna – ocena wyrażająca stopień zadowolenia ze swojego ciała, wyglądu, seksualności;
- witalność – ocena kondycji, zdrowia, własnej energii;
- integracja tożsamości – ocena spójności i poziomu organizacji systemów kognicji, percepcji i recepcji, emocji itd.;
- obronne wzmacnianie samooceny – ocena własnych reakcji obronnych dla podtrzymania efektywności systemu samooceny.

Kwestionariusz zawiera skalę oceniającą poziom spójności własnego obrazu, który świadczy o jakości i efektywności samopoznania. MSEI pozwala także na ocenę potrzeb związanych z uzyskaniem akceptacji społecznej, będącej wyrazem zarówno kompetencji społecznych, jak i potrzeb przynależnościowych badanych osób. To złożony miernik, który łącznie z narzędziami pomiaru stresu i sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych pozwala na wykonanie analiz związanych ze skutecznością utrzymywania homeostazy, jakością funkcjonowania i przystosowania się badanych do otoczenia.

3.3.1. Analiza rzetelności pomiarów, normalności rozkładu zmiennych ilościowych oraz jednorodności wariancji w badaniach własnych

W określeniu rzetelności pomiarów własnych kierowano się współczynnikiem alfa-Cronbacha. Uzyskano rzetelność zadowalającą dla skal Mini-COPE, CISS oraz wysoką dla MSEI. Jedynie kwestionariusz PSS-10 miał rzetelność poniżej wartości 0,7, którą można określić jako dostateczną – jednak akceptowalną. W tabeli 4 przedstawiono wartości pomiarów dla skal PSS-10, Mini-COPE, CISS oraz MSEI.

Tabela 4 Zestawienie wyników pomiaru rzetelności kwestionariuszy w badaniach własnych

Narzędzie	alfa-Cronbacha
PSS-10	0,67
Mini-COPE	0,80
CISS	0,89
MSEI	0,96

Przed przystąpieniem do właściwych analiz na potrzeby zastosowania odpowiednich testów statystycznych zbadano normalność rozkładu zmiennych ilościowych. Do określenia normalności rozkładu wyników posłużyły statystyki opisowe wraz z testem Kołmogorowa–Smirnowa. W aneksie książki zamieszczam zestawienie danych dla próby ogółem uzyskanych w badaniach kwestionariuszami PSS-10, CISS, MSEI oraz dla prób, w których dokonywano losowej redukcji liczby respondentów w celu wyrównania liczebności podgrup. Uwzględniono podziały grupy badawczej według zmiennych: płeć, wiek, miejsce zamieszkania,

pozycja zawodowa, sposób protezowania, głębokość niedosłuchu. Przyjęto, iż w przypadku, gdy test Kołmogorowa–Smirnowa (K–S) wykazał, że rozkłady zmiennych są zbliżone do rozkładu normalnego, stosowane są w dalszych analizach statystyki parametryczne[2]. Normalność dla skal kwestionariusza Mini-COPE, ze względu na charakter wartości wyników badań, jakie uzyskuje się w pomiarach kwestionariuszem, została uznana na podstawie statystyk opisowych (w szczególności wartości skośności i kurtozy) oraz wykresów danych. Analizy normalności rozkładu danych wykazały, iż nie ma przesłanek do zaniechania stosowania statystyk parametrycznych w niniejszych badaniach (aneks, załącznik 1).

Oceny homogeniczności wariancji zmiennych: poziom stresu, strategie radzenia sobie ze stresem, style radzenia sobie ze stresem oraz samoocena (kwestionariusze PSS-10, Mini-COPE, CISS, MSEI), w podziale pod względem (po wyrównaniu prób): płci, wieku, miejsca zamieszkania, pozycji zawodowej, sposobu protezowania oraz stopnia uszkodzenia słuchu, dokonano za pomocą testu równości wariancji Levene'a. Analiz nie prowadzono dla czynników radzenia sobie ze stresem według testu Mini-COPE, ponieważ są one zgrupowanymi strategiami walki ze stresem, dla których wcześniej określono homogeniczność wariancji. O interpretacji związków zdecydowano na podstawie istotności statystycznej. Wynik, który wynosi poniżej 0,001, uznaje się za świadczący o braku równości wariancji zmiennych. Wyniki nie wskazują na brak homogeniczności wariancji uwzględnianych w badaniach zmiennych (aneks, załącznik 2).

3.4. Procedury prowadzenia badań

Wykorzystano procedury wypracowane podczas prowadzenia swoich poprzednich badań[3] dotyczących tematyki stresu osób z uszkodzonym narządem słuchu. Biorąc pod uwagę skuteczność procedur, charakter próby, a w szczególności możliwości komunikacyjne badanych, zadbano o odpowiedni poziom trudności językowej narzędzi (np. zminimalizowanie twierdzeń z podwójnymi zaprzeczeniami, wielokrotnie złożonych, o trudnym słownictwie), sposób udzielania odpowiedzi – wybrano narzędzia pomiaru oparte na skalach likertowskich mierzących kierunek i natężenie zjawiska. Ważnym czynnikiem decydującym o wyborze narzędzi była możliwość zastosowania pomocy w rozumieniu ich treści. Wyeliminowano takie, które nie pozwalają na zastosowanie pomocy, np. wyjaśnienia sensu twierdzenia, do którego badany miał się ustosunkować. Na etapie poprzedzającym badania właściwe skonsultowano narzędzia z przedstawicielami osób z uszkodzonym narządem słuchu (w testach wzięło udział 12 osób o znacznym i głębokim stopniu uszkodzenia słuchu, których wyniki nie zostały uwzględnione w badaniach właściwych). Wybór narzędzi poprzedziły także konsultacje z niezależnym psychologiem oraz surdopedagogiem oraz tłumaczami języka migowego.

W wyniku wstępnych przygotowań zdecydowano się na wykonanie pomocy do kwestionariuszy badawczych (filmy do instrukcji oraz treści itemów i skal odpowiedzi w polskim języku migowym). Treść i sposób prowadzenia objaśnień były opiniowane przez dwóch niezależnych tłumaczy języka migowego i lektora języka migowego. Objaśnienia do itemów wykonała mgr Natalia Malik, asystentka w Katedrze Rehabilitacji Osób z Zaburzeniami Słuchu i Komunikacji Uniwersytetu Pedagogicznego. Zachowane zostały wszelkie standardy wykonywania tłumaczeń – objaśnień z

użyciem PJM. Osoba migająca ubrana była w ciemne, nieodwracające uwagi ubranie, zastosowano jasne tło, zachowano odpowiednie oświetlenie. Zarejestrowane filmy poddano technicznej obróbce. Wstawiono podpisy (okresowo podświetlane dla zaakcentowania ważnych informacji), skale, które pojawiały się w miejscach ekranu nieprzeszkadzających respondentom, gwarantując dwukanałowy odbiór treści. Zadbano o odpowiednią przestrzeń dla swobodnej realizacji przekazu. Objaśnienia zostały zarejestrowane kamerą, dokonano montażu materiału (fot. 1–5). Każdy respondent miał nieograniczony dostęp do materiałów posegregowanych w osobnych folderach. Każdy item zapisany był osobno, co gwarantowało możliwość szybkiego ponownego odtworzenia. Łącznie wykonane zostały objaśnienia dla celu badań, informacji o poufności danych oraz dobrowolności udziału, metryczki, 4 instrukcji do kwestionariuszy oraz 202 itemów.

Należy szczególnie podkreślić, iż w badaniach posłużono się oryginalnymi narzędziami badawczymi, z zachowaniem wszelkich wytycznych podręczników normalizacyjnych dotyczących procedur prowadzenia badań, analizy i interpretacji wyników. Objaśnienia w języku migowym były jedynie pomocą, a nie ich tłumaczeniem.

Badania zostały przeprowadzone w okresie od października 2017 do marca 2018 roku na terenie 8 województw polskich, w terenowych oddziałach Polskiego Związku Głuchych, szkołach i internatach dla osób z uszkodzonym narządem słuchu, punktach protetyki słuchu oraz wielu poradniach i przychodniach diagnozy i rehabilitacji osób z wadą słuchu. Prowadzone były w 2–4-osobowych grupach (w razie konieczności indywidualnie) w tradycyjny sposób „papier – ołówek", pod nadzorem własnym. Do dyspozycji badanych pozostawali psycholog, surdopedagog oraz tłumacz PJM. Każda osoba miała nieograniczony czasowo dostęp do narzędzi badawczych oraz objaśnień przygotowanych w PJM. Objaśnienia wyświetlane były na osobistych komputerach lub na tablicach za pomocą rzutnika. Wszystkie narzędzia wypełniane były podczas jednego spotkania, podzielonego na dwa moduły. W pierwszym zaplanowano uzupełnienie kwestionariuszy PSS-10, CISS oraz Mini-COPE (łącznie 86 itemów), podczas drugiego –

MSEI (116 itemów). Czas potrzebny do uzupełnienia wynosił średnio 2,5 godz., jednak w zależności od predyspozycji badanego wahał się od ok. 1 godz. do ok. 3 godz. 40 min. Sposób organizacji badań nie przeciążał uczestników. Badani wykazywali zaangażowanie, pracowali dynamicznie.

Fot. 1–5. Na zdjęciach Natalia Malik, fot. Anna Czyż.

1. całkiem nieprawdziwe
2. raczej nieprawdziwe
3. częściowo nieprawdziwe
częściowo prawdziwe
4. raczej prawdziwe
5. całkiem prawdziwe
Wskaż, na ile każde z tych stwierdzeń jest prawdziwe lub nieprawdziwe w stosunku do Ciebie

20. Akceptuję fakt, że to się już stało

2. Prawie zawsze czuję się atrakcyjny fizycznie

10. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułeś/aś, że nie możesz przezwyciężyć narastających trudności

3.5. Charakterystyka próby

Badania przeprowadzono z udziałem 428 osób z uszkodzonym narządem słuchu. Do analiz zakwalifikowane zostały kwestionariusze pochodzące od 413 respondentów. Próba nie uwzględniała osób kulturowo Głuchych. Ze względu na kompletność i jakość otrzymanych danych, jak również na liczebność wyodrębnionych zmiennymi podgrup (losowa redukcja liczebności podgrup w celu wyrównania asymetrii pomiędzy porównywanymi zbiorami przy zmiennych: pozycja zawodowa, sposób protezowania oraz głębokość niedosłuchu) wyniki badań pochodziły z fluktuacyjnych prób. Badani reprezentowali województwa: małopolskie, śląskie, dolnośląskie, lubelskie, podkarpackie, wielkopolskie, mazowieckie, pomorskie. Próba różnicowana była ze względu na płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycję zawodową, sposób protezowania, głębokość niedosłuchu (tabela 5).

Poddana badaniom próba osób z uszkodzonym słuchem charakteryzowała się względną równolicznością kobiet i mężczyzn, zamieszkujących wsie, małe miasta oraz duże miasta. Biorąc pod uwagę kryterium wiekowe, wyodrębniono dwie grupy – późnych adolescentów (wiek młodzieńczy), czyli reprezentantów kategorii wiekowej 17–25 lat, oraz osób w wieku dorosłym, pomiędzy 26. a 45. rokiem życia[4]. W tabeli 6 przedstawiono dokładną charakterystykę próby pod względem kryterium wiekowego.

Tabela 5 Charakterystyka próby

Kategorie	*N*	% dla *N* = 413
Płeć		
mężczyźni	195	47,22
kobiety	218	52,78
Wiek		
wiek młodzieńczy (późna adolescencja) – 17–25 lat	192	46,49
wiek wczesnej dorosłości – 26–45 lat	221	53,51
Miejsce zamieszkania		
wieś	142	34,38
miasto do 100 tys. mieszkańców	129	31,23
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	142	34,38
Pozycja zawodowa		
uczeń/student	169	40,92
czynny(a) zawodowo	163	39,47
niepracujący(a)	81	19,61
Sposób protezowania		
aparat słuchowy	231	55,93
implant ślimakowy	60	14,53
brak	122	29,54
Głębokość niedosłuchu		
lekki	74	17,92
umiarkowany	187	45,28
znaczny	72	17,43
głęboki	80	19,37

Tabela 6 Charakterystyka próby według zmiennej wiek

N = 413	Zmienna wiek
Średnia	28,51
Mediana	27
Odch. std.	8,88
Minimum	17
Maksimum	45
_25%	20
_75%	36

Wśród badanych znaleźli się uczniowie oraz studenci, osoby pracujące i niepracujące. Próby osób uczących się oraz pracujących charakteryzowała względna równoliczność i badani ci

stanowili łącznie ok. 80% próby ogólnej. Odnotowano 20-procentowy udział w próbie osób niepracujących.

Biorąc pod uwagę kryterium sposobu protezowania, należy stwierdzić, że wśród badanych najwięcej było osób z klasycznymi cyfrowymi aparatami słuchowymi średniej i dużej mocy, z kompresją typu WDRC/EDRC[5]. Stanowiły one ponad 55% ogółu badanych. Liczną grupę (ok. 30% ogółu) tworzyły osoby niekorzystające z żadnych rozwiązań protetycznych pomimo uszkodzenia słuchu, przy czym 26 osób (N = 26) charakteryzował głęboki stopień uszkodzenia słuchu, 15 kolejnych (N = 15) – znaczny, a 40 (N = 40) – umiarkowany. Były to osoby, którym wada słuchu silnie ograniczała możliwości komunikacyjne za pomocą kanału audytywno-werbalnego. Mimo to nie decydowały się na wsparcie środkami protetycznymi. Najmniej reprezentantów próby korzystało z systemu implantu ślimakowego.

Wśród badanych znalazły się osoby z ubytkiem słuchu w stopniu od lekkiego po głęboki. Odnotowano względnie równoliczne próby osób z lekkim (N = 74), znacznym (N = 72) i głębokim (N = 80) niedosłuchem oraz przeważającą większość – z umiarkowanym (N = 187).

Wszyscy respondenci mieli uszkodzenia słuchu prelingwalne lub stracili możliwość pełnej percepcji słuchowej w okresie wczesnego dzieciństwa (do ukończenia 3. roku życia). Posługiwali się polskim językiem fonicznym w stopniu umożliwiającym zrozumienie treści kwestionariuszy i/lub polskim językiem migowym, którym posłużono się przy wykonywaniu objaśnień (więcej w podrozdziale 3.4). Wszyscy respondenci byli w normie intelektualnej, a uszkodzeniom słuchu nie towarzyszyła żadna sprzężona niepełnosprawność.

---

1 Program został wykonany przez mgr. inż. technik telekomunikacyjnych, programistę, informatyka Artura Czyża.

2 W przypadku gdy test Kołmogorowa–Smirnowa byłby istotny statystycznie, co wskazywałoby na odmienność badanych rozkładów od rozkładu Gaussa, decyzja o zastosowaniu statystyk parametrycznych lub nieparametrycznych została podjęta na podstawie skośności zbioru

danych i liczebności próby oraz wartości kurtozy. Jeśli skośność mieściła się w przedziale umownym od –2 do +2, a liczebność próby wynosiła min. 60 osób, przyjmowano, iż rozkład nie jest znacząco asymetryczny i możliwe jest wykonywanie analiz przy użyciu testów parametrycznych (por. George, Mallery, 2010).

3 Badania prowadzono w 2017 roku na próbie 92 adolescentów z uszkodzonym słuchem – uczniów szkół specjalnych. Wyniki badań zostały opublikowane w monografii autorskiej pt. *Jak radzi sobie ze stresem młodzież z uszkodzonym słuchem* (Czyż, 2019).

4 Matczak (2003) podaje, iż osoby w stadium adolescencji, pomiędzy osiągnięciem pełnoletniości a wejściem w dorosłość, to reprezentanci wieku młodzieńczego. Z kolei Oleszkowicz i Senejko (2011) piszą, iż pomiędzy 17. a 21./23. rokiem życia (częściej: końcem edukacji przypadającym na 24./25. rok życia) stadium rozwoju człowieka można nazywać późnym dorastaniem. Po tym okresie człowiek przechodzi w stadium dorosłości, przy czym Gurba (2011) zaznacza, iż górna granica wieku wczesnej dorosłości co prawda przypada na 35.–40. rok życia, jednak może być przesunięta do okresu pojawienia się pierwszych oznak przekwitania.

5 Kompresja EDRC – Rozszerzony Dynamiczny Zakres Kompresji, kompresja WDRC – Szeroki Dynamiczny Zakres Kompresji. Oba rodzaje kompresji umożliwiają elastyczne dostosowanie pracy aparatu słuchowego zarówno do charakteru uszkodzenia słuchu, jak i do otoczenia akustycznego, w którym pracuje aparat. To jedno z najlepszych, o ile nie przełomowych rozwiązań w protetyce słuchu, możliwe do zastosowania w przypadku cyfrowych procesorów stosowanych w nowoczesnych sprzętach protetycznych.

4. Zestawienie wyników badań nad poziomem stresu osób z uszkodzonym narządem słuchu kwestionariuszem PSS-10

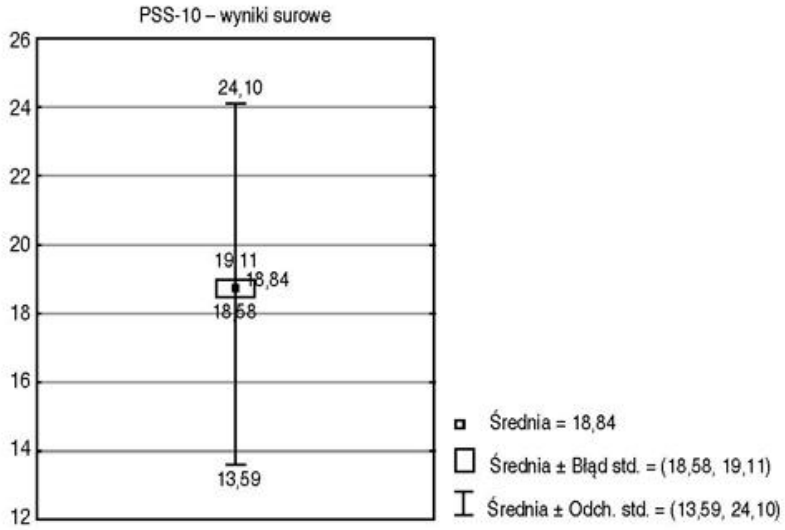
4.1. Wyniki badań ogółem

Dokonując analizy zestawionych wyników badań nad poziomem stresu, na podstawie średniej wyników surowych oraz odchylenia standardowego, średniej i mediany, przy *SD* = 5,26, stwierdza się przewagę wyników świadczących o przeciętnym poziomie stresu w próbie osób z uszkodzonym słuchem. Dolny kwartyl ustawiony jest na poziomie 16 pkt (5 sten), a górny na poziomie 22 pkt (7 sten). Zbiór wyników ma charakter niemal mezokurtyczny, wpisuje się w rozkład normalny, o niewielkiej lewoskośności, co oznacza nieznaczne przesunięcie w stronę wartości wyższych (tabela 7, wykres 3).

Tabela 7 Zestawienie wyników badań za pomocą kwestionariusza PSS-10 – wyniki surowe ogółem

N ważnych = 405											
M	*Me*	*Mo*	Licz. *Mo*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	SD^2	*SKE*	*K*
18,84	19,00	18,00	41	1	33	16	22	5,26	27,62	–0,11	0,25

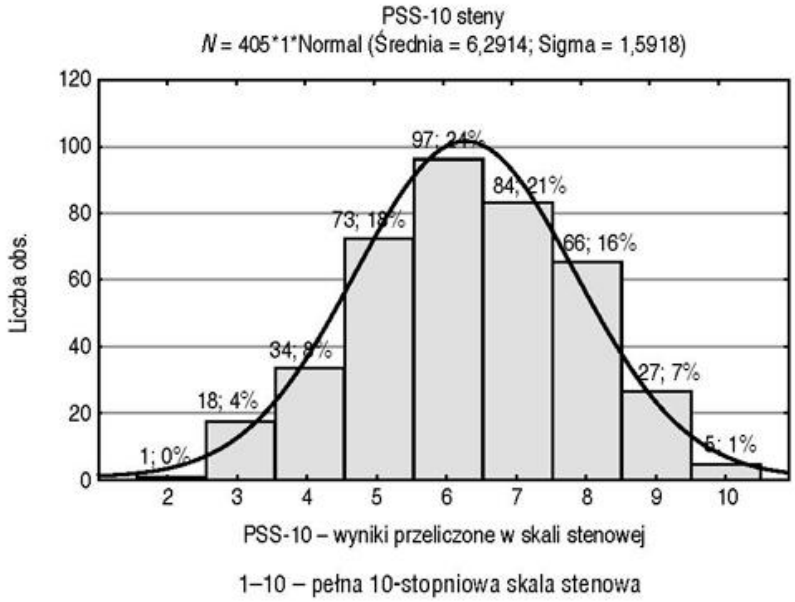
Wykres 3. Zestawienie wyników surowych dla poziomu stresu w próbie ogółem.



Stwierdza się brak wartości odstających, średnio skoncentrowany obszar wartości nieodstających, średnią i medianę na podobnym poziomie. Wyniki przeliczone w skali stenowej (wykres 4) pokazują największy odsetek osób uzyskujących sten 6, nie obserwuje się wyników na poziomie bardzo niskim (1 sten). Wykres ma charakter unimodalny.

Biorąc pod uwagę wyniki przeliczone w skali stenowej, zauważa się, iż największy odsetek badanych uzyskuje wynik na poziomie 6 stenu (24%), wyniki przesunięte są w stronę wartości podwyższonych i wysokich (wykresy 4–5). Obserwując ekstremum, można potwierdzić dominację wyników przeciętnych. Wyraźnie w klasyfikacji jakościowej opartej na skali stenowej rysuje się przesunięcie wyników w stronę wartości wysokich (13% badanych uzyskuje wyniki niskie i obniżone, a 44% – podwyższone i wysokie), jednak wyniki świadczące o prawidłowym poziomie stresu, czyli o wartościach od bardzo niskich po przeciętne, uzyskuje ponad 55% badanych (N = 223) (tabela 8).

Wykres 4. Zestawienie wyników przeliczonych w skali stenowej dla poziomu stresu w próbie ogółem.



Wykres 5. Zestawienie wyników przeliczonych dla poziomu stresu w próbie ogółem – interpretacja jakościowa.

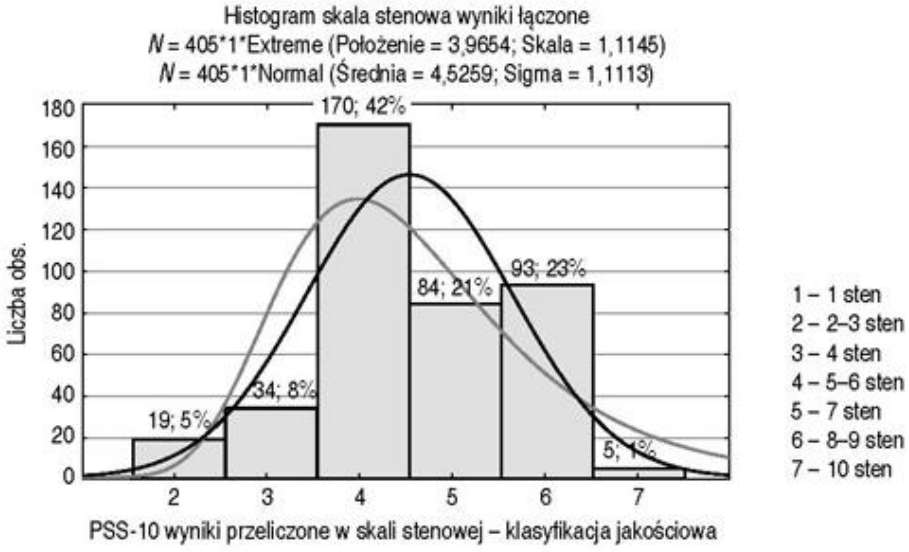

Histogram skala stenowa wyniki łączone
N = 405*1*Extreme (Położenie = 3,9654; Skala = 1,1145)
N = 405*1*Normal (Średnia = 4,5259; Sigma = 1,1113)
Liczba obs.
19; 5%
34; 8%
170; 42%
84; 21%
93; 23%
5; 1%
PSS-10 wyniki przeliczone w skali stenowej – klasyfikacja jakościowa
1 – 1 sten
2 – 2–3 sten
3 – 4 sten
4 – 5–6 sten
5 – 7 sten
6 – 8–9 sten
7 – 10 sten

Tabela 8. Interpretacja jakościowa wyników przeliczonych dla poziomu stresu w próbie ogółem

N ważnych = 405				
Oznaczenie na wykresie	Sten	Interpretacja jakościowa wyników	Liczba obs.	Kat. łączone, liczba obs.
1	1	bardzo niskie	0 (0%)	poziom stresu prawidłowy *N* ważnych = 223 (55,06%)
2	2–3	niskie	19 (5%)	
3	4	obniżone	34 (8%)	
4	5–6	przeciętne	170 (42%)	
5	7	podwyższone	84 (21%)	poziom stresu świadczący o nieprawidłowości *N* ważnych = 182 (44,94%)
6	8–9	wysokie	93 (23%)	
7	10	bardzo wysokie	5 (1%)	

Podsumowując wyniki badań nad poczuciem stresu w próbie *N* ważnych = 405, stwierdza się przewagę wartości prawidłowych, świadczących o tym, iż we własnej ocenie sytuacji życiowych zdarzenia są dla badanych przewidywalne, możliwe do przezwyciężenia, nadmiernie ich nie obciążają. Jednocześnie stwierdza się dominację wyników z zakresu od podwyższonych po bardzo wysokie [*N* = 53 (45%)] nad tymi z zakresu od obniżonych po bardzo niskie [*N* = 182 (13%)], co sugeruje tendencję do odczuwania przez badanych wzmożonego stresu.

4.2. Wyniki badań w podziale według zmiennej płeć

Wyniki badań nad poczuciem stresu w podziale ze względu na płeć ukazują nieco zróżnicowany poziom średnich przy podobnym odchyleniu standardowym. Medianę i średnią nieco wyższą odnotowuje się w próbie kobiet. Wartości minimalne są nieznacznie niższe w próbie mężczyzn, a maksymalne nieznacznie wyższe w próbie kobiet. Wariancja jest większa w próbie kobiet i w próbie kobiet obserwuje się przesunięcie wyników badań w stronę wartości wysokich (nieznaczna lewoskośność zbioru wartości pomiarowych) (tabela 9). W próbie kobiet notowana jest nieco większa niż u mężczyzn, aczkolwiek niewielka, leptokurtyczność zbioru wartości.

Tabela 9. Zestawienie wyników surowych dla kwestionariusza PSS-10 w próbie różnicowanej kryterium płci

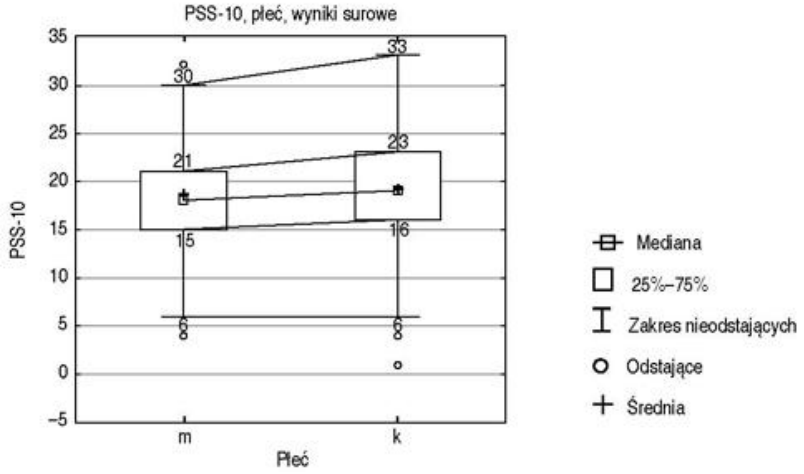
Płeć	*N* ważnych	*M*	*Me*	*Mo*	Licz. *Mo*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	SD^2	*SKE*	*K*
m	189	18,46	18	20	19	4	32	15	21	5,13	26,27	0,00	0,14
k	216	19,18	19	18	24	1	33	16	23	5,36	28,69	–0,21	0,42

m – mężczyźni; k – kobiety

Porównując rozrzut wyników w próbach kobiet i mężczyzn oraz biorąc pod uwagę wartość wariancji, zauważa się większy rozrzut w próbie kobiet, w niej też notowane są obserwacje odstające, przyjmujące najniższe wartości. W próbie mężczyzn odnotowuje się pojedyncze obserwacje odstające dla wartości zarówno wysokich, jak i niskich. Zakres wartości nieodstających w dolnej granicy jest taki sam dla obu prób, w górnej granicy nieco wyższy w próbie kobiet. W obu próbach rozrzut wyników wokół średniej

jest umiarkowanie skoncentrowany. W żadnej z prób nie stwierdza się istnienia wyników skrajnie niskich, natomiast nieco więcej bardzo wysokich występuje w próbie kobiet (wykres 6).

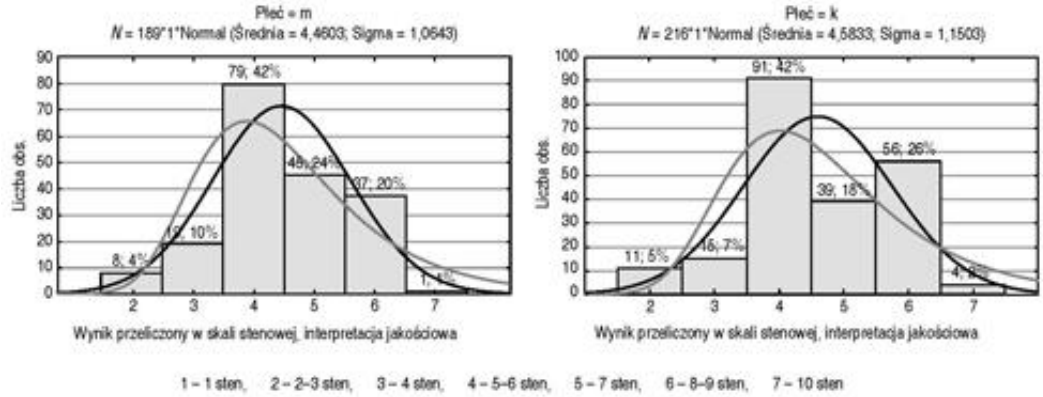
Wykres 6. Zestawienie wyników surowych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej pod względem płci.



m – mężczyźni; k – kobiety

Biorąc pod uwagę wyniki przeliczone, stwierdza się dominację tych z przedziału przeciętnych: taki sam odsetek kobiet i mężczyzn uzyskuje wyniki na poziomie 5 i 6 stenu. W próbie kobiet zaznacza się jeszcze jedno maksimum, stosunkowo mniej znaczące, na poziomie stenów 8 i 9 (wykres 7). W obu grupach ponad połowa respondentów uzyskuje wyniki świadczące o prawidłowym poziomie odczuwanego stresu, jednak porównując wyniki z pominięciem przedziału wartości przeciętnych, stwierdza się dominację wyników wysokich nad niskimi w obu próbach [bardzo niskie, niskie i obniżone: *N*(m) = 27 (14%), *N*(k) = 26 (12%); bardzo wysokie, wysokie, podwyższone: *N*(m) = 83 (45%), *N*(k) = 99 (46%)] (tabela 10).

Wykres 7. Zestawienie wyników przeliczonych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej pod względem płci.


Płeć = m
N = 189*1*Normal (Średnia = 4,4603; Sigma = 1,0643)
Liczba obs.
79; 42%
45; 24%
37; 20%
19; 10%
8; 4%
Wynik przeliczony w skali stenowej, interpretacja jakościowa
Płeć = k
N = 216*1*Normal (Średnia = 4,5833; Sigma = 1,1503)
Liczba obs.
91; 42%
56; 26%
39; 18%
15; 7%
11; 5%
Wynik przeliczony w skali stenowej, interpretacja jakościowa
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

m – mężczyźni; k – kobiety

Tabela 10. Interpretacja jakościowa wyników przeliczonych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej kryterium płci

Oznaczenie na wykresie	Sten	Interpretacja jakościowa wyników	Liczba obs. m	Liczba obs. k	Kat. łączone, liczba obs. w próbie m *N* ważnych = 189	Kat. łączone, liczba obs. w próbie k *N* ważnych = 216
1	1	bardzo niskie	0 (0%)	0 (0%)	poziom stresu prawidłowy *N* ważnych = 106 (56,08%)	poziom stresu prawidłowy *N* ważnych = 117 (54,17%)
2	2–3	niskie	8 (4%)	11 (5%)		
3	4	obniżone	19 (10%)	15 (7%)		
4	5–6	przeciętne	79 (42%)	91 (42%)		
5	7	podwyższone	45 (24%)	39 (18%)	poziom stresu świadczący o nieprawidłowości *N* ważnych = 83 (43,92%)	poziom stresu świadczący o nieprawidłowości *N* ważnych = 99 (45,83%)
6	8–9	wysokie	37 (20%)	56 (26%)		
7	10	bardzo wysokie	1 (1%)	4 (2%)		

m – mężczyźni; k – kobiety

Analizując związek pomiędzy poziomem stresu a płcią, zdecydowno się na zastosowanie statystyk parametrycznych (test *t*-Studenta). Współczynnik istotności różnic ustalono na poziomie 0,05 (tabela 11).

Tabela 11. Zestawienie wyników badań testem *t*-Studenta dla poziomu stresu, w próbie różnicowanej kryterium płci

Test *t*, zmienna grupująca – płeć										
M(m)	*M*(k)	*t*	*df*	*p*	*N*(m) ważnych	*N*(k) ważnych	*SD*(m)	*SD*(k)	Il. *F Var.*	*p Var.*
18,46	19,18	1,38	403	0,17	189	216	5,13	5,36	1,09	0,54

m – mężczyźni; k – kobiety
* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

Na podstawie zastosowanych statystyk stwierdza się, iż wynik testu $t = 1{,}38$ przy $p = 0{,}17$ świadczy o braku istotności związku pomiędzy poziomem stresu a płcią. Biorąc pod uwagę moc narzędzia PSS-10 oraz liczebność próby, wynik można uznać za wiążący. Zatem płeć nie różnicuje wyników badań nad poziomem stresu wśród osób z uszkodzonym słuchem.

4.3. Wyniki badań w podziale według zmiennej wiek

Znakomita większość wyników badań nad poziomem stresu w podziale według zmiennej wiek przyjmuje wartości przeciętne zarówno w próbie późnych adolescentów, jak i wśród osób w wieku wczesnej dorosłości. Zauważa się porównywalne średnie w obu grupach, podobne odchylenia standardowe, nieco większą wariancję w próbie starszej. W niej też notuje się nieco obniżony współczynnik skośności (niewielka lewoskośność zbioru wartości), świadczący o przesunięciu wszystkich wyników w stronę wartości wysokich. Na podstawie wartości kurtozy stwierdza się niewielką leptokurtyczność zbioru wartości pomiarowych próby młodszej oraz minimalną platokurtyczność próby starszej (tabela 12).

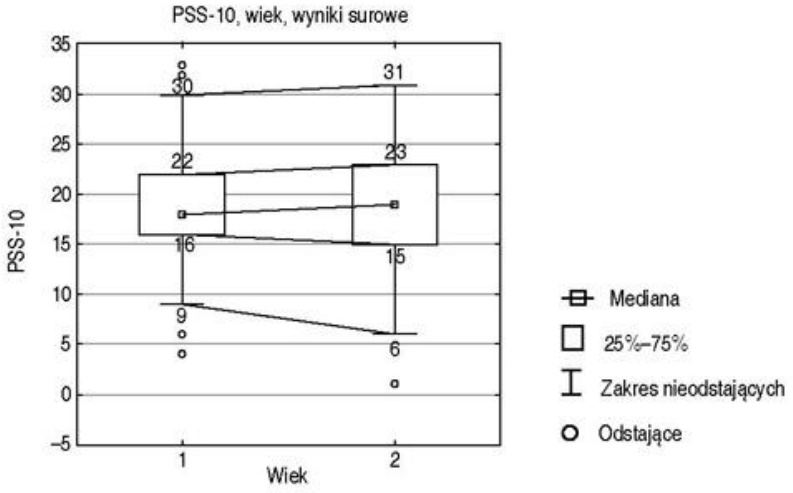
Tabela 12. Zestawienie wyników surowych dla kwestionariusza PSS-10 w próbie różnicowanej kryterium wieku

Kategoria wiekowa	*N* ważnych	*M*	*Me*	*Mo*	Licz. *Mo*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	SD^2	*SKE*	*K*
Wiek 1	191	18,79	18	18	20	4	33	16	22	5,12	26,26	0,04	0,66
Wiek 2	214	18,90	19	18	21	1	31	15	23	5,38	28,96	–0,23	–0,01

wiek 1 – wiek młodzieńczy (późna adolescencja) – 17–25 lat; wiek 2 – wiek wczesnej dorosłości – 26–45 lat

Zakres rozrzutu uzyskanych wyników badań jest nieco większy w próbie osób starszych (świadczą o tym poziom górnego i dolnego kwartyla, zakres wartości nieodstających oraz wartość wariancji). Próby różnicowane są wartością mediany. Wśród osób młodszych obserwuje się więcej wartości odstających zarówno w dolnym, jak i górnym przedziale wartości (wykres 8).

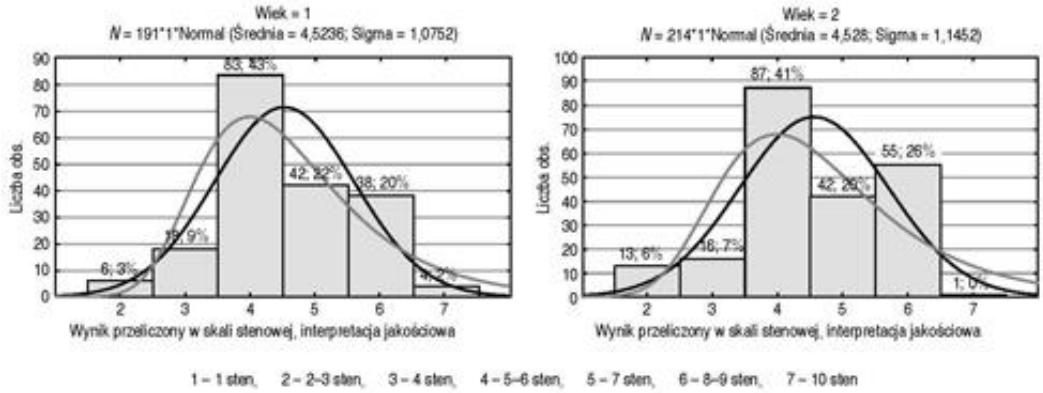
Wykres 8. Zestawienie wyników surowych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej kryterium wieku.



wiek 1 – wiek młodzieńczy (późna adolescencja) – 17–25 lat; wiek 2 – wiek wczesnej dorosłości – 26–45 lat

Wyniki badań przeliczonych w skali stenowej pokazują, iż w obu próbach dominują wyniki na poziomie 5 i 6 stenu. W próbie osób młodszych wykresy danych mają charakter unimodalny, w przypadku próby starszej można stwierdzić bimodalność zbioru, z drugim, wyraźnie mniejszym, lecz zaznaczającym się maksimem na poziomie stenów 8 i 9 – wartości wysokie (wykres 9).

Wykres 9. Zestawienie wyników przeliczonych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej kryterium wieku.


Wiek = 1
N = 191*1*Normal (Średnia = 4,5236; Sigma = 1,0752)
Liczba obs.
6; 3%
19; 9%
83; 43%
42; 22%
38; 20%
Wynik przeliczony w skali stenowej, interpretacja jakościowa
Wiek = 2
N = 214*1*Normal (Średnia = 4,528; Sigma = 1,1452)
Liczba obs.
13; 6%
16; 7%
87; 41%
42; 20%
55; 26%
Wynik przeliczony w skali stenowej, interpretacja jakościowa
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

wiek 1 – wiek młodzieńczy (późna adolescencja) – 17–25 lat; wiek 2 – wiek wczesnej dorosłości – 26–45 lat

Rozpatrując uzyskane rezultaty pod kątem prawidłowości – nieprawidłowości, zauważa się, iż w obu próbach generalnie więcej osób uzyskało wynik świadczący o prawidłowym poziomie odczuwalnego stresu, niepowodującym nadwyrężenia czy zbytniego obciążenia organizmu. Analizując jednak stosunek wyników z zakresu niskich do wyników z zakresu wysokich, stwierdza się w obu grupach dominację wyników od podwyższonych po bardzo wysokie [*N* (w1) = 84 (44%), *N* (w2) = 98 (46%)] nad wynikami od obniżonych po bardzo niskie [*N* (w1) = 24 (12%), *N* (w2) = 29 (13%)] (tabela 13).

Tabela 13. Interpretacja jakościowa wyników przeliczonych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej kryterium wieku

Oznaczenie na wykresie	Sten	Interpretacja jakościowa wyników	Liczba obs. wiek 1	Liczba obs. wiek 2	Kat. łączone, liczba obs. w próbie wieku 1 *N* ważnych = 191	Kat. łączone, liczba obs. w próbie wieku 2 *N* ważnych = 214
1	1	bardzo niskie	0 (0%)	0 (0%)	poziom stresu prawidłowy *N* ważnych = 107 (56,02%)	poziom stresu prawidłowy *N* ważnych = 116 (54,21%)
2	2–3	niskie	6 (3%)	13 (6%)		
3	4	obniżone	18 (9%)	16 (7%)		
4	5–6	przeciętne	83 (43%)	87 (41%)		
5	7	podwyższone	42 (22%)	42 (20%)	poziom stresu świadczący o nieprawidłowości *N* ważnych = 84 (43,98%)	poziom stresu świadczący o nieprawidłowości *N* ważnych = 108 (45,79%)
6	8–9	wysokie	38 (20%)	55 (26%)		
7	10	bardzo wysokie	4 (2%)	1 (0%)		

wiek 1 – wiek młodzieńczy (późna adolescencja) – 17–25 lat; wiek 2 – wiek wczesnej dorosłości – 26–45 lat

Do sprawdzenia istotności związku pomiędzy wiekiem badanych a poziomem stresu zastosowano parametryczny test *t*-Studenta dla dwóch zmiennych niezależnych. Współczynnik istotności różnic ustalono na poziomie 0,05 (tabela 14).

Tabela 14. Zestawienie wyników badań testem *t*-Studenta dla poziomu stresu w próbie różnicowanej kryterium wieku

Test *t*, zmienna grupująca – wiek										
M (wiek 1)	*M* (wiek 2)	*t*	*df*	*p*	*N* (wiek 1) ważnych	*N* (wiek 2) ważnych	*SD* (wiek 1)	*SD* (wiek 2)	Il. *F* *Var.*	*p Var.*
18,79	18,89	0,19	403	0,85	191	214	5,38	5,12	1,10	0,49

wiek 1 – wiek młodzieńczy (późna adolescencja) – 17–25 lat; wiek 2 – wiek wczesnej dorosłości – 26–45 lat
* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

Wynik testu $t = 0,19$ przy $p = 0,85$ świadczy o braku istotności związku pomiędzy poziomem stresu a wiekiem badanych. Ponadto przeprowadzona analiza związku korelacyjnego dla poziomu stresu i wieku bez podziału na kategorie pokazuje, iż przy współczynniku *r*-Pearsona = 0,03, $p > 0,05$ nie notuje się istotności badanego związku. Biorąc pod uwagę moc narzędzia PSS-10 oraz liczebność

próby, wynik można uznać za wiążący. Zatem wiek nie różnicuje wyników badań nad poziomem stresu wśród osób z uszkodzonym słuchem.

4.4. Wyniki badań w podziale według zmiennej miejsce zamieszkania

Wyniki badań nad poziomem stresu w zależności od miejsca zamieszkania pokazują porównywalny poziom średnich w próbach osób ze wsi i mniejszych miast, a wśród badanych z dużych miast – nieco niższy. Odchylenia standardowe są porównywalne, a mediany na poziomie 19 dla prób ze wsi i małych miast, 18 dla próby z dużych miast. W próbie pochodzącej ze wsi nie można wyróżnić mody, w pozostałych wyniosła 18. Odchylenia standardowe są porównywalne w próbach, zakresy wyników nieznacznie się różnią pomiędzy grupami. Największa wartość wariancji występuje wśród osób pochodzących z dużych miast, najmniejsza – wśród badanych ze wsi. Wyniki badań w każdej z grup są nieznacznie przesunięte w stronę wysokich (niewielka lewoskośność zbiorów wartości). Występuje niewielka leptokurtyczność wartości wyników grupy ze wsi, nieco większą obserwuje się w przypadku mieszkańców małych miast. Dla próby z dużych miast odnotowano niewielką platokurtyczność rozkładu wyników badań (tabela 15).

Tabela 15. Zestawienie wyników surowych dla kwestionariusza PSS-10 w próbie różnicowanej kryterium miejsca zamieszkania

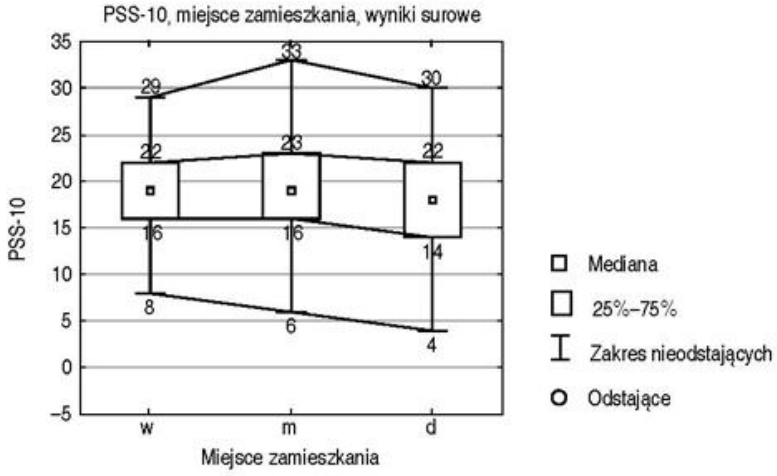
MZ	*N* ważnych	*M*	*Me*	*Mo*	Licz. *Mo*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	SD^2	*SKE*	*K*
w	142	19,29	19	wiel.	–	4	32	16	22	4,56	20,80	–0,03	0,54
m	123	19,20	19	18	13	1	33	16	23	5,35	28,63	–0,07	0,91
d	140	18,08	18	18	14	4	30	14	22	5,76	33,14	–0,06	–0,46

MZ – miejsce zamieszkania; w – wieś; m – (małe) miasto do 100 tys. mieszkańców; d – (duże) miasto powyżej 100 tys. mieszkańców

Na podstawie danych można stwierdzić, iż największy rozrzut wyników ma próba pochodząca z dużych miast, a najmniejszy – próba ze wsi. Zakres wartości nieodstających jest porównywalny w obu próbach. Dla prób pochodzących ze wsi oraz z małych miast notuje się obserwacje odstające: dla osób badanych pochodzących ze wsi – zarówno w dolnym, jak i w górnym przedziale wartości, dla próby z małych miast – jedynie w obszarze dolnych wartości. W próbie pochodzącej z dużych miast nie notuje się wartości odstających (wykres 10).

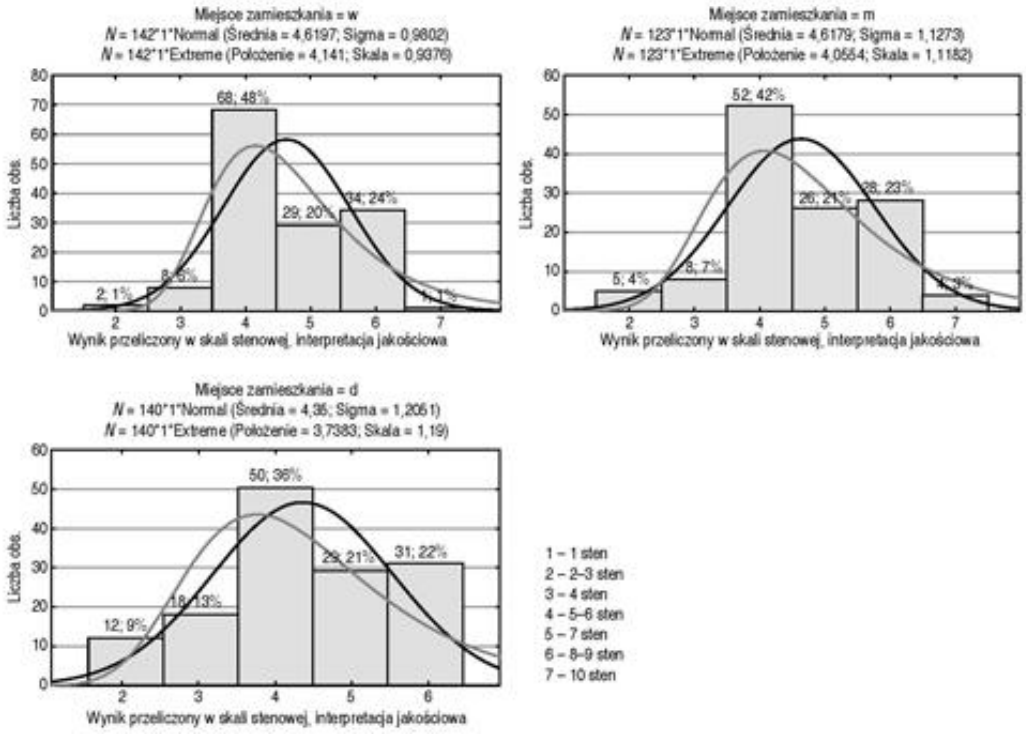
Analizując wyniki przeliczone, stenowe, interpretowane na 7-stopniowej skali jakościowej, stwierdza się, iż w każdej z grup dominują te z przedziałów wyników przeciętnych (5 i 6 sten). Największy ich odsetek (48%) notuje się wśród mieszkańców wsi, przy czym w próbie nie obserwuje się skrajnie niskich wyników. Podobny rozkład wyników występuje w próbie pochodzącej z dużych i małych miast; w próbie z dużych miast stwierdza się ponadto brak wyników skrajnie wysokich (wykres 11).

Wykres 10. Zestawienie wyników surowych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej kryterium miejsca zamieszkania.



w – wieś; m – (małe) miasto do 100 tys. mieszkańców; d – (duże) miasto powyżej 100 tys. mieszkańców

Wykres 11. Zestawienie wyników przeliczonych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej kryterium miejsca zamieszkania.


Miejsce zamieszkania = w
N = 142*1*Normal (Średnia = 4,6197; Sigma = 0,9802)
N = 142*1*Extreme (Położenie = 4,141; Skala = 0,9076)
Liczba obs.
Wynik przeliczony w skali stenowej, interpretacja jakościowa
Miejsce zamieszkania = m
N = 123*1*Normal (Średnia = 4,6179; Sigma = 1,1273)
N = 123*1*Extreme (Położenie = 4,0554; Skala = 1,1182)
Liczba obs.
Wynik przeliczony w skali stenowej, interpretacja jakościowa
Miejsce zamieszkania = d
N = 140*1*Normal (Średnia = 4,35; Sigma = 1,2061)
N = 140*1*Extreme (Położenie = 3,7383; Skala = 1,19)
Liczba obs.
Wynik przeliczony w skali stenowej, interpretacja jakościowa
1 – 1 sten
2 – 2–3 sten
3 – 4 sten
4 – 5–6 sten
5 – 7 sten
6 – 8–9 sten
7 – 10 sten

w – wieś; m – (małe) miasto do 100 tys. mieszkańców; d – (duże) miasto powyżej 100 tys. mieszkańców

Biorąc pod uwagę tylko wartości wyników poniżej i powyżej przeciętnych we wszystkich grupach, zauważa się, iż w próbach dominują te z przedziału powyżej przeciętnych: *N*(w) = 63 (44,37%); *N*(m) = 54 (43,09%); *N*(d) = 60 (42,86%), przy czym wyniki niskie i obniżone przyjmują wartości: *N*(w) = 10 (7,04%); *N*(m) = 13 (10,57%); *N*(d) = 30 (21,43%). Odsetek prawidłowych wyników (poziom przeciętny, obniżony, niski i bardzo niski) jest wyższy we wszystkich próbach niż odsetek wyników świadczących o poziomie nieprawidłowym. Podsumowując, można stwierdzić, że wśród mieszkańców wsi dominują wyniki przeciętne, a wśród mieszkańców małych i dużych miast występuje niewielka dominacja wyników powyżej przeciętnych (tabela 16).

W celu ostatecznego stwierdzenia istnienia lub braku związku pomiędzy zmiennymi poziom stresu i miejsce zamieszkania

wykorzystano parametryczną analizę ANOVA (jednoczynnikowa), a do analiz *post hoc* użyto testu Tukeya. Na podstawie zastosowanych statystyk stwierdza się, iż nie istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy zmienną poziom stresu mierzoną kwestionariuszem PSS-10 a miejscem zamieszkania respondentów. Świadczy o tym wynik analizy wariancji (ANOVA): $F(2, 402) = 2{,}30$ przy $p = 0{,}102$. Biorąc pod uwagę moc narzędzia oraz liczebność próby, wynik można uznać za wiążący. Zatem miejsce zamieszkania nie różnicuje wyników badań nad poziomem stresu wśród osób z uszkodzonym słuchem (tabele 17–18).

Tabela 16

Interpretacja jakościowa wyników przeliczonych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej kryterium miejsca zamieszkania

Oznaczenie na wykresie	Sten	Interpretacja jakościowa wyników	Liczba obs. w	Liczba obs. m	Liczba obs. d	Kat. łączone, liczba obs. w próbie w *N* ważnych = 142	Kat. łączone, liczba obs. w próbie m *N* ważnych = 123	Kat. łączone, liczba obs. w próbie d *N* ważnych = 140
1	1	bardzo niskie	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)			
2	2–3	niskie	2 (1%)	5 (4%)	12 (9%)	poziom stresu prawidłowy *N* ważnych = 78 (54,93%)	poziom stresu prawidłowy *N* ważnych = 65 (52,85%)	poziom stresu prawidłowy *N* ważnych = 81 (57,86%)
3	4	obniżone	8 (6%)	8 (7%)	18 (13%)			
4	5–6	przeciętne	68 (48%)	52 (42%)	50 (36%)			
5	7	podwyższone	29 (20%)	26 (21%)	29 (21%)	poziom stresu świadczący o nieprawidłowości *N* ważnych = 64 (45,07%)	poziom stresu świadczący o nieprawidłowości *N* ważnych = 58 (47,15%)	poziom stresu świadczący o nieprawidłowości *N* ważnych = 60 (42,86%)
6	8–9	wysokie	34 (24%)	28 (23%)	31 (22%)			
7	10	bardzo wysokie	1 (1%)	4 (3%)	0 (0%)			

w – wieś; m – (małe) miasto do 100 tys. mieszkańców; d – (duże) miasto powyżej 100 tys. mieszkańców

Tabela 17. Wyniki istotności związków pomiędzy zmienną miejsce zamieszkania a poziomem stresu – analiza wariancji

Bieżący efekt: $F(2, 402) = 2,30$, $p = 0,102$ Zmienna: miejsce zamieszkania (MZ)					
MZ	PSS Średnie	PSS Bł. std.	PSS –95,00%	PSS +95,00%	*N* ważnych
w	19,29	0,44	18,42	20,15	142
m	19,20	0,47	18,27	20,13	123
d	18,08	0,44	17,21	18,95	140

w – wieś; m – (małe) miasto do 100 tys. mieszkańców; d – (duże) miasto powyżej 100 tys. mieszkańców
* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

Tabela 18. Zestawienie różnic międzygrupowych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej zmienną miejsce zamieszkania

	MS międzygrupowe = 27,45, *df* = 402,00			
Nr podkl.	MZ	{1} 18,08	{2} 19,29	{3} 19,20
1	d		0,129	0,211
2	w	0,129		0,991
3	m	0,211	0,991	

MZ – miejsce zamieszkania; w – wieś; m – (małe) miasto do 100 tys. mieszkańców; d – (duże) miasto powyżej 100 tys. mieszkańców
* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

4.5. Wyniki badań w podziale według zmiennej pozycja zawodowa

Zestawienie wyników w próbach nieredukowanych nie pozwalało na czynienie porównań między grupami różnicowanymi zmienną pozycja zawodowa (dysproporcja w liczebności grup). W związku z tym zdecydowano się na losową redukcję prób osób czynnych zawodowo i uczniów/studentów dla zachowania trzeciego wskaźnika weryfikowanej zmiennej w celu wyrównania liczebności (tabela 19).

Analizy pozwoliły ustalić, iż średnie prób osób czynnych zawodowo oraz niepracujących są porównywalne, natomiast średnia osób uczących się/studiujących jest nieco niższa. Mediany wszystkich grup mają różną wartość, dla badanych niepracujących – największą, dla uczniów/studentów – najmniejszą. Wśród osób niepracujących odnotowano najniższy wynik skrajny. Najmniejszy rozrzut wyników wystąpił w próbie uczniów/studentów. Odchylenie standardowe oraz wariancja świadczą o największym zróżnicowaniu wyników w grupie osób niepracujących. W próbach osób czynnych zawodowo oraz niepracujących notuje się niewielką lewoskośność zbioru danych, świadczącą o nieznacznym przesunięciu wartości wyników w stronę wysokich, a w próbie uczniów/studentów – nieznaczną prawoskośność, świadczącą o przesunięciu wyników w stronę niskich. Zbiór wyników osób pracujących jest nieco platokurtyczny przy wyraźniejszej leptokurtyczności zbioru wyników pochodzących z prób osób niepracujących i mniejszej zbioru wyników uzyskanych przez osoby uczące się/studiujące (tabela 19, wykres 12).

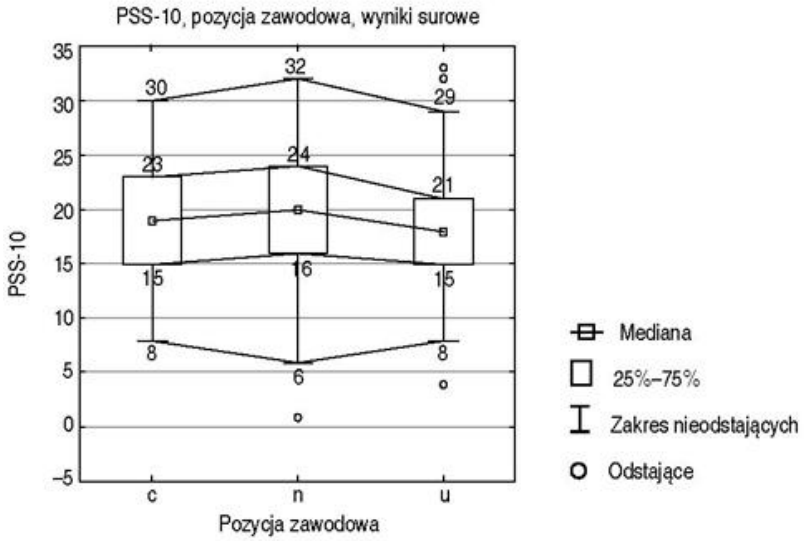
Tabela 19. Zestawienie wyników surowych dla kwestionariusza PSS-10 w podziale ze względu na pozycję zawodową

Poz. zaw.	*N* ważnych	*M*	*Me*	*Mo*	Licz. *Mo*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	SD^2	*SKE*	*K*
c	87	19,09	19	wiel.	–	8	30	15	23	5,16	26,66	–0,11	–0,48
n	79	19,53	20	24	9	1	32	16	24	5,82	33,84	–0,61	0,72
u	89	18,56	18	20	12	4	33	15	21	5,45	29,74	0,16	0,27

c – czynny(a) zawodowo; n – niepracujący(a); u – uczeń/student

Zilustrowane na wykresie 12 wyniki badań nad stresem w podziale według zmiennej pozycja zawodowa potwierdzają nieco zróżnicowany rozrzut wyników z prób osób czynnych zawodowo i niepracujących w porównaniu z próbą osób uczących się/studiujących. W próbie osób niepracujących notuje się skrajne wyniki w dolnym przedziale wartości, natomiast jedynie wśród uczniów/studentów zauważane są wyniki odstające zarówno w górnym, jak i dolnym przedziale wartości. Specyfika danych pochodzących z tej próby świadczy o najmniejszym zróżnicowaniu wyników i najmniejszym ich rozrzucie spośród branych pod uwagę (wykres 12).

Wykres 12. Zestawienie wyników surowych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej kryterium pozycji zawodowej.

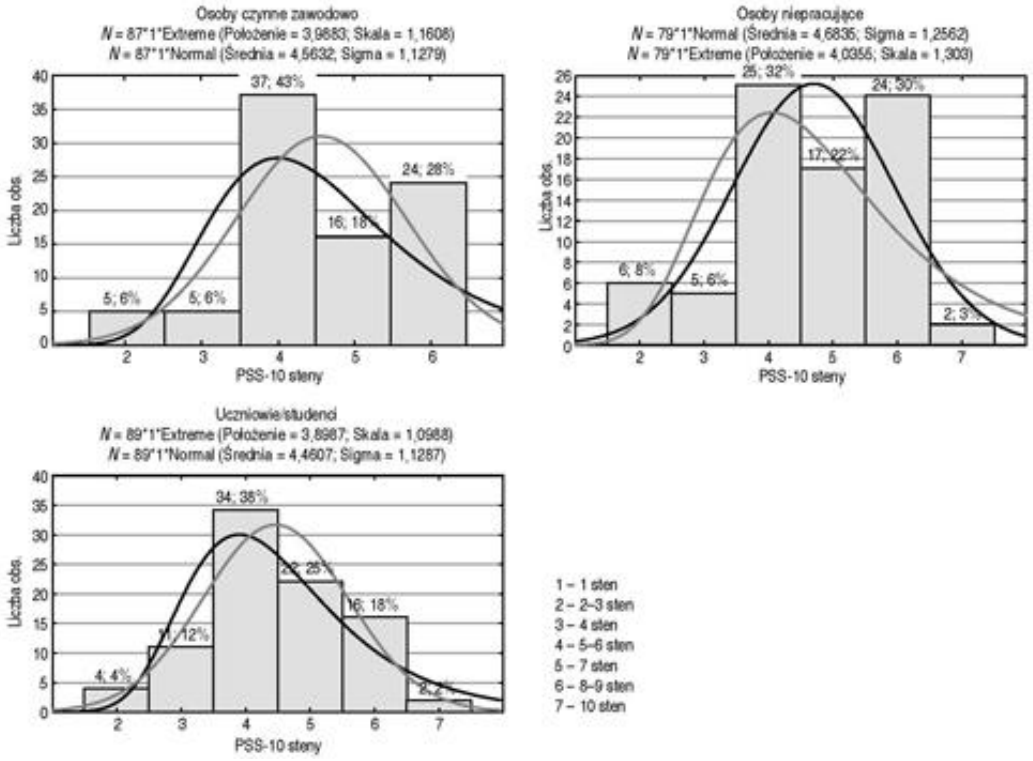


c – czynny(a) zawodowo; n – niepracujący(a); u – uczeń/student

Analizując przeliczone wyniki badań w skali stenowej, stwierdza się w próbie osób czynnych zawodowo dominację wyników powyżej przeciętnych, przeciętnych i średnich – pierwsze maksimum (5 i 6 sten), drugie – poziom stenów 8 i 9.
W wynikach badań nie pojawiają się wartości bardzo niskie i bardzo wysokie.

Wśród osób niepracujących profil wyników przeliczonych jest bimodalny. Wyraźne maksima notuje się dla wartości przeciętnych (5 i 6 sten) oraz wysokich (8 i 9 sten) i punkt siodłowy dla stenu 7. W profilu wyników przeliczonych próby uczniów/studentów dominują wyniki przeciętne (5 i 6 sten). Wykres ma przebieg unimodalny (wykres 13).

Wykres 13. Zestawienie wyników przeliczonych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej kryterium pozycji zawodowej.



We wszystkich grupach obserwuje się przewagę wyników powyżej przeciętnych [*N*(c) = 40 (46%), *N*(n) = 43 (55%), *N*(u) = 40 (45%)] nad wynikami poniżej przeciętnych [*N*(c) = 10 (12%), *N*(n) = 11 (14%), *N*(u) = 15 (16%)]. W próbie osób niepracujących nieco więcej respondentów uzyskuje wyniki świadczące o podwyższonym/wysokim poziomie odczuwanego stresu niż w pozostałych próbach. Oznacza to, iż wśród niepracujących najwięcej osób odczuwa dyskomfort wynikający ze zmagania się z sytuacjami stresowymi, trudnymi. Respondenci są narażeni na odczuwanie wzmożonych napięć, przeciążenie organizmu, zachwianie równowagi psychicznej. Porównując stosunek wyników bardzo niskich i niskich do bardzo wysokich i wysokich we wszystkich grupach, można wyraźnie zobaczyć przewagę tych świadczących o odczuwaniu wzmożonego napięcia i o narażeniu na stres (tabela 20).

Tabela 20

Interpretacja jakościowa wyników przeliczonych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej kryterium pozycji zawodowej

Oznaczenie na wykresie	Sten	Interpretacja jakościowa wyników	Liczba obs. c	Liczba obs. n	Liczba obs. u	Kat. łączone, liczba obs. w próbie c *N* ważnych = 87	Kat. łączone, liczba obs. w próbie n *N* ważnych = 79	Kat. łączone, liczba obs. w próbie u *N* ważnych = 89
1	1	bardzo niskie	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)			
2	2–3	niskie	5 (6%)	6 (8%)	4 (4%)	poziom stresu prawidłowy *N* ważnych = 47 (54,02%)	poziom stresu prawidłowy *N* ważnych = 37 (46,84%)	poziom stresu prawidłowy *N* ważnych = 49 (55,06%)
3	4	obniżone	5 (6%)	5 (6%)	11 (12%)			
4	5–6	przeciętne	37 (43%)	25 (32%)	34 (38%)			
5	7	podwyższone	16 (18%)	17 (22%)	22 (25%)	poziom stresu świadczący o nieprawidłowości *N* ważnych = 45,98%	poziom stresu świadczący o nieprawidłowości *N* ważnych = 43 (54,43%)	poziom stresu świadczący o nieprawidłowości *N* ważnych = 40 (44,40%)
6	8–9	wysokie	24 (28%)	24 (30%)	16 (18%)			
7	10	bardzo wysokie	0 (0%)	2 (3%)	2 (2%)			

c – czynny(a) zawodowo; n – niepracujący(a); u – uczeń/student

Aby określić siłę związku pomiędzy poziomem stresu a pozycją zawodową, przeprowadzono analizę wariancji (parametryczna

ANOVA), a dla wyłonienia szczegółowych związków – test Tukeya (tabele 21–22). Dla wszystkich testów przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Wyniki badań wskazują na brak istotności związku pomiędzy pozycją zawodową a poziomem stresu. Analizy *post hoc* nie ujawniają żadnych różnic międzygrupowych. Stwierdza się jedynie tendencję do mniejszego odczuwania stresu przez uczniów/studentów w porównaniu z osobami niepracującymi (stwierdzono istnienie trendu) (tabela 22).

Tabela 21. Wyniki istotności związków pomiędzy pozycją zawodową a poziomem stresu – analiza wariancji

	Bieżący efekt: $F(2, 259) = 0,66$, $p = 0,517$					
Nr podkl.	Osoba	PSS Średnie	PSS Bł. std.	PSS −95,00%	PSS +95,00%	*N* ważnych
1	c	19,09	0,59	17,94	20,25	87
2	n	19,53	0,62	18,32	20,745	79
3	u	18,56	0,58	17,42	19,705	89

c – czynny(a) zawodowo; n – niepracujący(a); u – uczeń/student
* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

Tabela 22. Zestawienie różnic międzygrupowych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej zmienną pozycja zawodowa

	MS międzygrupowe = 29,96, *df* = 252,00			
Nr podkl.	Osoba	{1} 19,09	{2} 19,53	{3} 18,56
1	czynni zawodowo		0,869	0,799
2	niepracujący	0,869		0,056
3	uczniowie/studenci	0,799	0,056	

c – czynny(a) zawodowo; n – niepracujący(a); u – uczeń/student
* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

4.6. Wyniki badań w podziale według zmiennej sposób protezowania

W tabeli 23 zamieszczono wyniki badań w podziale na grupy pod względem zastosowanego środka protetycznego. Zauważa się sporą dysproporcję pomiędzy liczebnością próby osób aparatowanych a liczebnością grupy osób implantowanych lub niekorzystających z żadnych pomocy technicznych pomimo wady słuchu. Mimo że dysproporcja ta realnie oddaje charakterystykę częstości stosowania danych rozwiązań protetycznych, na potrzeby prowadzenia analiz porównawczych oraz statystycznych dotyczących istotności związków pomiędzy badanymi zmiennymi również zdecydowano się na losowe wyrównanie liczebności prób.

Analizując dane surowe, stwierdza się podobny poziom średnich i odchyleń standardowych oraz median prób osób aparatowanych oraz osób niestosujących protez, niższy o 3 pkt poziom mediany w próbie osób implantowanych, jak również nieco niższą niż w pozostałych grupach średnią. Największe zróżnicowanie wyników obserwuje się w próbie osób implantowanych. Zauważa się brak asymetrii wyników badań próby osób niekorzystających ze sprzętów protetycznych, rysującą się niewielką prawoskośność w próbie osób implantowanych i nieco mniejszą w próbie osób aparatowanych, świadczącą o przesunięciu wartości wyników w stronę niskich. Wyniki osób z aparatami i implantami przyjmują kształt lekko leptokurtyczny. Można stwierdzić nieznaczną platokurtyczność zbioru wyników pochodzących z próby nieużywających sprzętów protetycznych (tabela 23).

Tabela 23. Zestawienie wyników surowych dla kwestionariusza PSS-10 w podziale ze względu na sposób protezowania

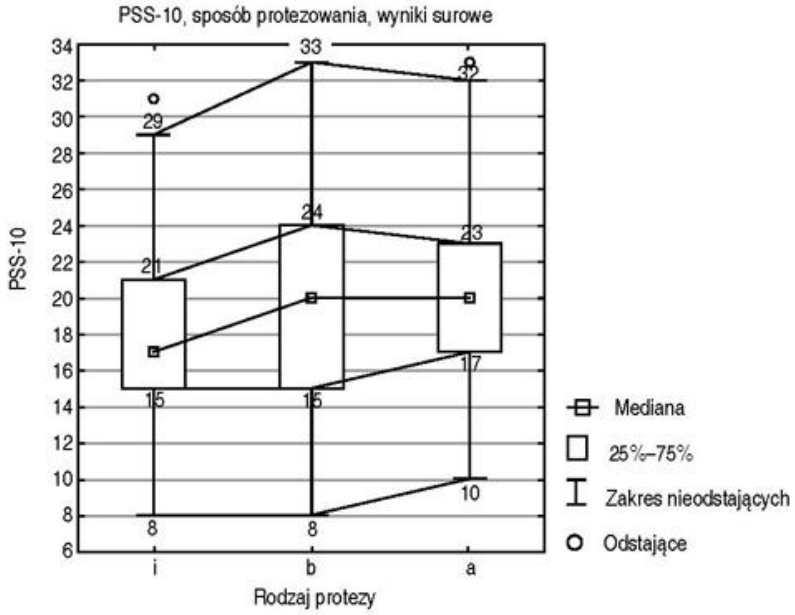
Sposób prot.	*N* ważnych	*M*	*Me*	*Mo*	Licz. *Mo*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	SD^2	*SKE*	*K*
a	57	19,96	20	wiel.	–	10	33	17	23	5,18	26,78	0,24	0,07
i	60	18,33	17	17	9	8	31	15	21	5,02	25,24	0,67	0,26
b	63	19,59	20	20	7	8	33	15	24	6,19	38,34	0,00	–0,47

a – aparat; i – implant; b – brak protezy

Biorąc pod uwagę zakres wyników w próbie osób niekorzystających z protez, zauważa się największy rozrzut wyników. Obserwacje odstające notuje się w próbach osób aparatowanych i implantowanych (przedział wartości wysokich). Stwierdza się równość median w próbach osób niekorzystających ze sprzętów wspomagających słyszenie oraz osób aparatowanych, a nieco niższą wartość mediany – w próbie osób implantowanych (wykres 14).

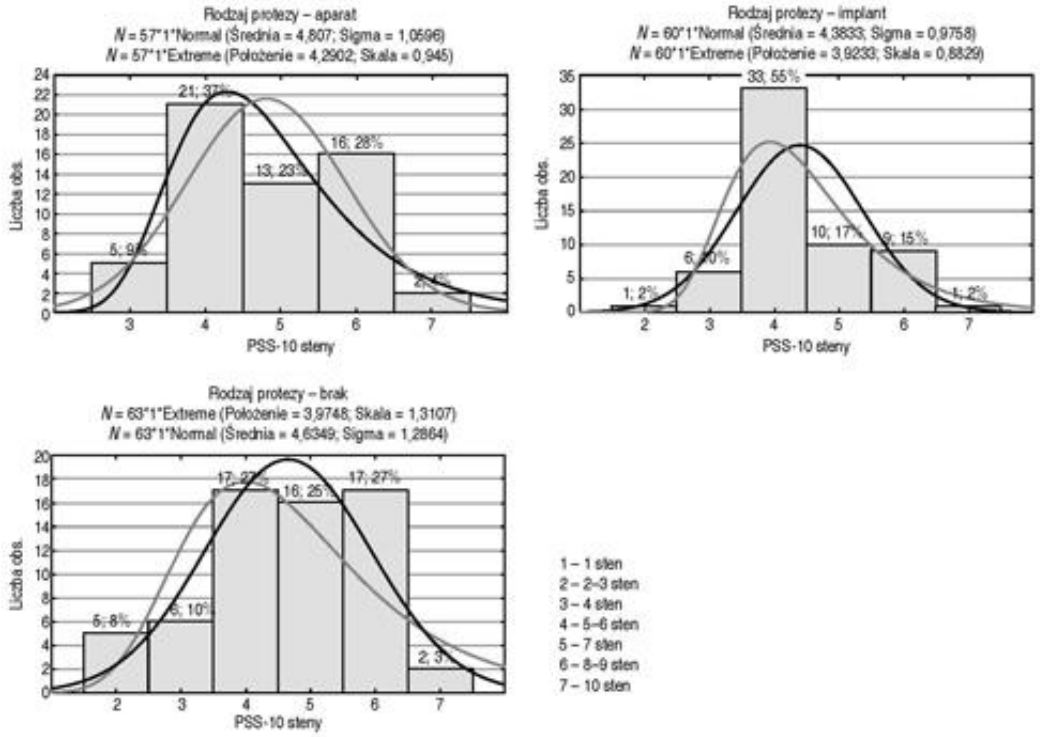
Biorąc pod uwagę wyniki przeliczone, stwierdza się, iż najwięcej z nich należy do poziomu przeciętnego w każdej z podgrup. Wykresy danych przyjmują charakter bimodalny w próbach osób aparatowanych i niekorzystających z protez słuchowych, gdzie ekstrema notuje się odpowiednio dla stenów 5 i 6 i stenów 8 i 9, przy punkcie siodłowym dla stenu 7, choć w próbie osób niekorzystających ze sprzętów słuchowych różnice pomiędzy stenami 5 i 6 oraz 8 i 9 są nieznaczne. Dla próby osób implantowanych wykres wartości przybiera postać unimodalną, a największą wartość notuje się dla stenów 5 i 6 (wykres 15).

Wykres 14. Zestawienie wyników surowych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej kryterium sposób protezowania.



a – aparat; i – implant; b – brak protezy

Wykres 15. Zestawienie wyników przeliczonych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej kryterium zastosowanej protezy słuchowej.



Analizując udział wyników świadczących o prawidłowym lub nieprawidłowym poziomie stresu, zauważa się, iż te pierwsze przeważają nad drugimi jedynie w grupie użytkowników implantów ślimakowych. W próbach osób aparatowanych i niekorzystających z protez słuchowych notuje się przewagę wyników świadczących o podwyższonym poziomie odczuwanego stresu – nieprawidłowym. Analiza stosunku wyników bardzo niskich i niskich do bardzo wysokich i wysokich pozwala dostrzec dominację wyników o wartościach powyżej przeciętnych nad wynikami poniżej przeciętnych, ale ostatecznie w próbach osób aparatowanych i niekorzystających z protez stwierdza się dominację wyników powyżej przeciętnych, w probie implantowanych – przeciętnych (tabela 24).

Tabela 24

Interpretacja jakościowa wyników przeliczonych w próbie różnicowanej kryterium zastosowanej protezy słuchowej

Oznaczenie na wykresie	Sten	Interpretacja jakościowa wyników	Liczba obs. a	Liczba obs. i	Liczba obs. b	Kat. łączone, liczba obs. w próbie a	Kat. łączone, liczba obs. w próbie i	Kat. łączone, liczba obs. w próbie b
						N ważnych = 57	*N* ważnych = 60	*N* ważnych = 63
1	1	bardzo niskie	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)			
2	2–3	niskie	0 (0%)	1 (2%)	5 (8%)	poziom stresu prawidłowy	poziom stresu prawidłowy	poziom stresu prawidłowy
3	4	obniżone	5 (8%)	6 (10%)	6 (10%)	*N* ważnych = 26 (45,61%)	*N* ważnych = 40 (66,67%)	*N* ważnych = 28 (44,44%)
4	5–6	przeciętne	21 (37%)	33 (55%)	17 (27%)			
5	7	podwyższone	13 (23%)	10 (17%)	16 (25%)	poziom stresu świadczący o nieprawidłowości	poziom stresu świadczący o nieprawidłowości	poziom stresu świadczący o nieprawidłowości
6	8–9	wysokie	16 (28%)	9 (15%)	17 (27%)	*N* ważnych = 31 (54,39%)	*N* ważnych = 20 (33,33%)	*N* ważnych = 36 (55,56%)
7	10	bardzo wysokie	2 (4%)	1 (2%)	3 (2%)			

a – aparat; i – implant; b – brak protezy

Do zbadania związków pomiędzy zmiennymi poziom stresu i sposób protezowania w próbie osób z uszkodzonym słuchem z

racji przeprowadzonych redukcji liczebności prób osób z aparatami słuchowymi oraz nieużywających protez słuchowych zastosowano analizę wariancji (ANOVA) i test Lambda Wilksa dla wielu zmiennych niezależnych oraz test Tukeya dla analiz szczegółowych związków. Uzyskane wyniki wskazują na brak istotności związku pomiędzy badanymi zmiennymi. Biorąc pod uwagę moc testu PSS-10 oraz liczebność próby, nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w rozkładach subiektywnych ocen poziomu stresu w badanych próbach. Wyniki analiz *post hoc* nie ujawniły różnic międzygrupowych (tabele 25–26).

Tabela 25. Wyniki istotności związków pomiędzy zmienną sposób protezowania a poziomem stresu – analiza wariancji

	Bieżący efekt: $F(2, 177) = 1{,}4256$, $p = 0{,}24312$					
Nr podkl.	SP	PSS Średnie	PSS Bł. std.	PSS −95,00%	PSS +95,00%	*N*
1	implantowani	18,33	0,71	16,93	19,74	60
2	brak protezy	19,59	0,69	18,22	20,96	63
3	aparatowani	19,96	0,73	18,53	21,40	57

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

Tabela 26. Zestawienie różnic międzygrupowych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej zmienną rodzaj protezy słuchowej

	MS międzygrupowe = 30,32, *df* = 177,00			
Nr podkl.	SP	{1} 18,33	{2} 19,59	{3} 19,97
1	implantowani		0,425	0,253
2	brak protezy	0,425		0,929
3	aparatowani	0,253	0,929	

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

4.7. Wyniki badań w podziale według zmiennej głębokość niedosłuchu

Badając poziom stresu w próbach różnicowanych głębokością niedosłuchu, podobnie jak w przypadku zmiennej rodzaj protezy słuchowej, dla czynienia porównań zrewidowano liczebność prób. Ustalono, iż należy zredukować liczebność próby osób z umiarkowanym stopniem niedosłuchu. Dokonano losowej eliminacji przypadków.

W tabeli 27 przedstawiono dane służące ocenie poziomu stresu w próbach różnicowanych stopniem niedosłuchu. Obserwuje się tu porównywalny poziom średnich dla prób z uszkodzeniem słuchu w stopniu lekkim i głębokim, niższe wartości w próbie z umiarkowanym i najwyższe w próbie respondentów ze znacznym stopniem niedosłuchu. Odchylenia standardowe i wartość współczynnika wariancji pozwalają stwierdzić, iż wyniki najbardziej zróżnicowane były w próbie osób z lekkim niedosłuchem, najmniej – w grupie z niedosłuchem umiarkowanym. Wartość mediany jedynie w próbie osób ze znacznym stopniem niedosłuchu była wyższa od pozostałych. Wartość i liczebność mody różnicowały próby. Dolny i górny kwartyl w próbach osób z lekkim, umiarkowanym i głębokim niedosłuchem plasowały się na podobnym poziomie, wśród osób ze znacznym stopniem niedosłuchu granice zarówno dolnego, jak i górnego percentyla przyjmowały nieco wyższe wartości. W przypadku osób z lekkim niedosłuchem badania ujawniły niewielką prawoskośność zbioru wartości, natomiast w przypadku pozostałych – nieznaczną lewoskośność, najsilniejszą w próbie z umiarkowanym stopniem niedosłuchu. Zbiór wartości wyników prób badanych z umiarkowanym i głębokim stopniem niedosłuchu jest lekko leptokurtyczny, przy czym w próbie osób ze znacznym

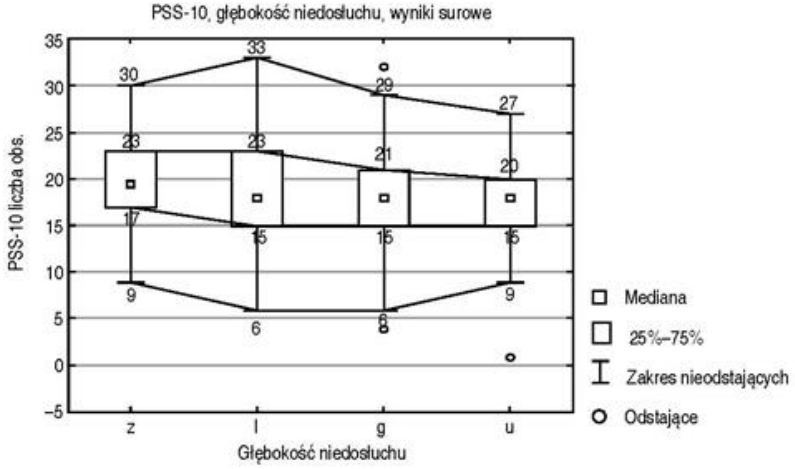
niedosłuchem leptokurtyczność jest wyraźniejsza. W pozostałych grupach rysuje się nieznaczna platokurtyczność zbioru wyników (tabela 27). Obserwując rozrzut wyników (biorąc pod uwagę wartość mediany, wartości pierwszego i trzeciego kwartyla, minimum i maksimum oraz obserwacje odstające), stwierdza się, iż największe ich rozproszenie charakteryzuje próbę osób z lekkim stopniem niedosłuchu, najmniejsze – respondentów z umiarkowanym. Na podstawie wykresów danych można stwierdzić, iż próby cechują się względną symetrycznością wyników. Niewielkie przesunięcie w stronę wartości niskich zaznacza się w próbie osób z lekkim stopniem niedosłuchu (tabela 27, wykres 16).

Tabela 27. Zestawienie wyników badań za pomocą kwestionariusza PSS-10 w próbie różnicowanej kryterium głębokości niedosłuchu

Głęb. niedo-słuchu	*N* waż-nych	*M*	*Me*	*Mo*	Licz. *Mo*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	SD^2	*SKE*	*K*
l	73	18,73	18	16	7	6	33	15	23	5,93	35,22	0,13	–0,21
u	79	17,77	18	20	11	1	27	15	20	4,45	19,77	–0,60	1,79
z	70	19,93	19,50	19	8	9	30	17	23	4,67	21,78	–0,02	–0,30
g	79	18,06	18	18	9	4	32	15	21	5,03	25,27	–0,13	0,61

l – niedosłuch w stopniu lekkim; u – niedosłuch w stopniu umiarkowanym; z – niedosłuch w stopniu znacznym; g – niedosłuch w stopniu głębokim

Wykres 16. Zestawienie wyników surowych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej kryterium głębokości niedosłuchu.



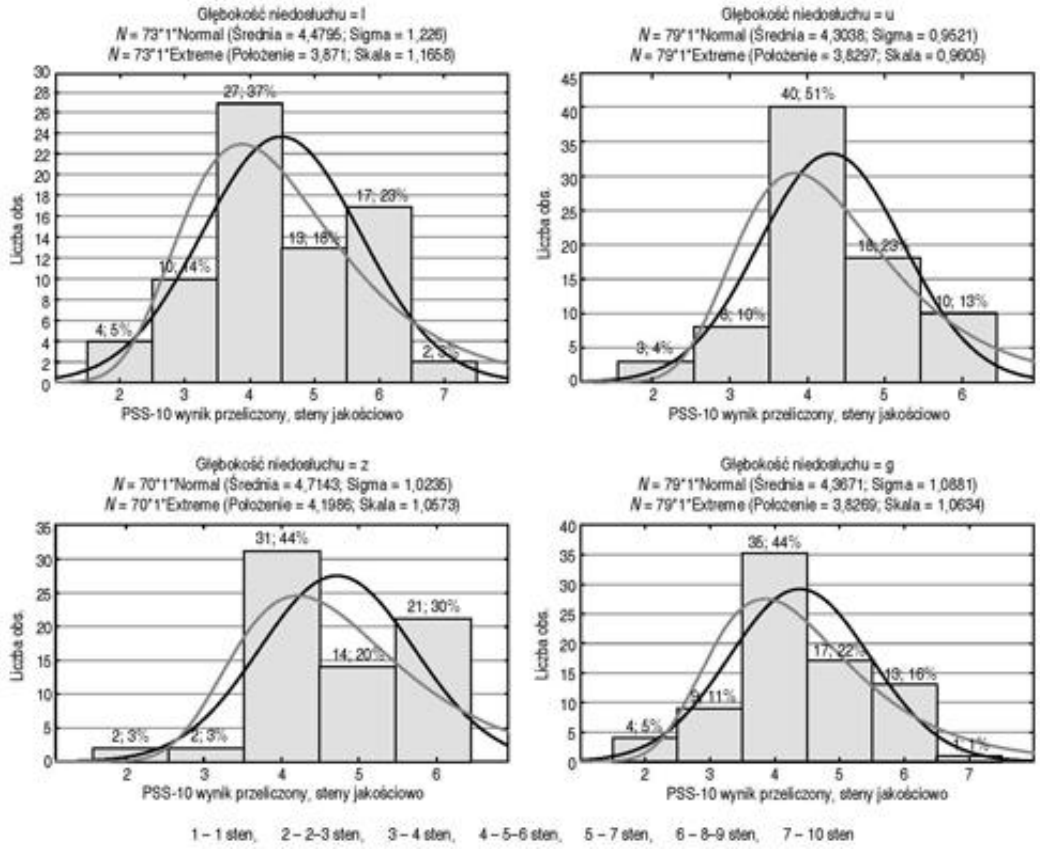
l – niedosłuch w stopniu lekkim; u – niedosłuch w stopniu umiarkowanym; z – niedosłuch w stopniu znacznym; g – niedosłuch w stopniu głębokim

Wyniki przeliczone wskazują na dominację tych należących do przedziału przeciętnych. Wśród wyników pochodzących z prób osób z lekkim i znacznym stopniem niedosłuchu obserwuje się drugie, nieco mniej znaczące maksimum na poziomie 8 i 9 stenu, które świadczy o wynikach podwyższonych i wysokich (wykres 17).

Odsetek obserwacji świadczących o prawidłowym bądź nieprawidłowym poziomie stresu wskazuje, że w próbach osób z umiarkowanym i głębokim niedosłuchem prawidłowy poziom charakteryzuje ponad 60% respondentów, a wśród osób z lekkim niedosłuchem – ponad 56%. Jedynie w próbie respondentów ze znacznym stopniem niedosłuchu połowa badanych osiąga wyniki świadczące o prawidłowym poziomie stresu, połowa – o nieprawidłowym. Biorąc pod uwagę stosunek wyników bardzo niskich, niskich i obniżonych do podwyższonych, wysokich i bardzo wysokich, stwierdza się, iż zdecydowanie dominują wyniki podwyższone, wysokie i bardzo wysokie (bardzo niskie, niskie, obniżone: [*N*(l) = 14 (19%), *N*(u) = 11 (14%), *N*(z) = 4 (6%),

N(g) = 13 (16%); bardzo wysokie, wysokie, podwyższone: *N*(l) = 32 (34%), *N*(u) = 28 (36%), *N*(z) = 35 (50%), *N*(g) = 31 (39%)]. Ostatecznie stwierdza się dominację wyników z przedziału przeciętnych w grupach z umiarkowanym i głębokim niedosłuchem i z przedziału powyżej przeciętnych w grupach z niedosłuchem lekkim i znacznym (tabela 28).

Wykres 17. Zestawienie wyników przeliczonych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej kryterium głębokości niedosłuchu.


Głębokość niedosłuchu = l
N = 73*1*Normal (Średnia = 4,4795; Sigma = 1,226)
N = 73*1*Extreme (Położenie = 3,871; Skala = 1,1658)
Liczba obs.
PSS-10 wynik przeliczony, steny jakościowo
4; 5%
10; 14%
27; 37%
13; 18%
17; 23%
2; 3%
Głębokość niedosłuchu = u
N = 79*1*Normal (Średnia = 4,3038; Sigma = 0,9521)
N = 79*1*Extreme (Położenie = 3,8297; Skala = 0,9605)
3; 4%
8; 10%
40; 51%
18; 23%
10; 13%
Głębokość niedosłuchu = z
N = 70*1*Normal (Średnia = 4,7143; Sigma = 1,0235)
N = 70*1*Extreme (Położenie = 4,1986; Skala = 1,0573)
2; 3%
2; 3%
31; 44%
14; 20%
21; 30%
Głębokość niedosłuchu = g
N = 79*1*Normal (Średnia = 4,3671; Sigma = 1,0881)
N = 79*1*Extreme (Położenie = 3,8269; Skala = 1,0634)
4; 5%
9; 11%
36; 44%
17; 22%
13; 16%
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

l – niedosłuch w stopniu lekkim; u – niedosłuch w stopniu umiarkowanym; z – niedosłuch w stopniu znacznym; g – niedosłuch w stopniu głębokim

Do ostatecznej weryfikacji siły i istotności związku pomiędzy poziomem stresu a zmienną głębokość niedosłuchu zastosowano parametryczną analizę wariancji (ANOVA) i test Tukeya do analiz *post hoc*. Wynik testu Lambda Wilksa $F = 1,64$ przy $p = 0,179$ nie

pozwala na stwierdzenie, iż poziom niedosłuchu różnicuje wyniki badań nad poziomem stresu w próbie osób z uszkodzonym słuchem, a analizy *post hoc* nie wykazują żadnych istotnych statystycznie różnic międzygrupowych (tabele 29–30).

Tabela 28

Interpretacja jakościowa wyników przeliczonych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej kryterium głębokości niedosłuchu

Oznaczenie na wykresie	Sten	Interpretacja jakościowa wyników	Liczba obs. l	Liczba obs. u	Liczba obs. z	Liczba obs. g	Kat. łączone, liczba obs. w próbie l *N* ważnych = 73	Kat. łączone, liczba obs. w próbie u *N* ważnych = 79	Kat. łączone, liczba obs. w próbie z *N* ważnych = 70	Kat. łączone, liczba obs. w próbie g *N* ważnych = 79
1	1	bardzo niskie	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)				
2	2–3	niskie	4 (5%)	3 (4%)	2 (3%)	4 (5%)	poziom stresu prawidłowy	poziom stresu prawidłowy	poziom stresu prawidłowy	poziom stresu prawidłowy
3	4	obniżone	10 (14%)	8 (10%)	2 (3%)	9 (11%)	*N* ważnych = 41 (56,16%)	*N* ważnych = 51 (64,55%)	*N* ważnych = 35 (50%)	*N* ważnych = 48 (60,76%)
4	5–6	przeciętne	27 (37%)	40 (51%)	31 (44%)	35 (44%)				
5	7	podwyższone	13 (18%)	18 (23%)	14 (20%)	17 (22%)	poziom stresu świadczący	poziom stresu świadczący	poziom stresu świadczący	poziom stresu świadczący
6	8–9	wysokie	17 (23%)	10 (13%)	21 (30%)	13 (16%)	o nieprawidłowości	o nieprawidłowości	o nieprawidłowości	o nieprawidłowości
7	10	bardzo wysokie	2 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	*N* ważnych = 32 (43,84%)	*N* ważnych = 28 (35,45%)	*N* ważnych = 35 (50%)	*N* ważnych = 31 (39,24%)

l – niedosłuch w stopniu lekkim; u – niedosłuch w stopniu umiarkowanym; z – niedosłuch w stopniu znacznym; g – niedosłuch w stopniu głębokim

Tabela 29. Wyniki istotności związków pomiędzy zmienną głębokość niedosłuchu a poziomem stresu – analiza wariancji

	Bieżący efekt: $F(3, 297) = 1,64$, $p = 0,179$					
Nr podkl.	OGN	PSS Średnie	PSS Bł. std.	PSS −95,00%	PSS +95,00%	*N*
1	z	19,93	0,61	18,73	21,13	70
2	l	18,74	0,59	17,56	19,92	73
3	g	18,06	0,57	17,16	18,96	79
4	u	17,77	0,54	16,97	18,57	79

l – niedosłuch w stopniu lekkim; u – niedosłuch w stopniu umiarkowanym; z – niedosłuch w stopniu znacznym; g – niedosłuch w stopniu głębokim
* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

Tabela 30. Zestawienie różnic międzygrupowych dla poziomu stresu w próbie różnicowanej zmienną głębokość niedosłuchu

	MS międzygrupowe = 26,109, *df* = 297,00				
Nr podkl.	OGN	{1} 19,93	{2} 18,74	{3} 18,06	{4} 17,77
1	z		0,514	0,148	0,736
2	l	0,514		0,874	0,984
3	g	0,148	0,874		0,646
4	u	0,736	0,984	0,646	

l – niedosłuch w stopniu lekkim; u – niedosłuch w stopniu umiarkowanym; z – niedosłuch w stopniu znacznym; g – niedosłuch w stopniu głębokim
* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

5. Zestawienie wyników badań nad strategiami radzenia sobie ze stresem osób z uszkodzonym narządem słuchu kwestionariuszem Mini-COPE

5.1. Wyniki badań ogółem

Wyniki badań nad strategiami radzenia sobie ze stresem dostarczają informacji na temat tych zachowań, dzięki którym człowiek jest w stanie relatywnie prawidłowo funkcjonować. Strategie zaradcze wykorzystywane w momencie pojawienia się sytuacji trudnej pozwalają na zachowanie względnej homeostazy, chronią przed przeciążeniem organizmu i narażeniem na wyczerpanie.

Badając udział poszczególnych strategii i czynników w rozwiązywaniu problemów w badanej próbie, ustalono swoistą hierarchię stosowania danych składowych. W celu określenia pozycji danej strategii i czynnika wzięto pod uwagę średnie, w drugiej kolejności rozstrzygano na podstawie porównania median, a w przypadku braku przypisania miejsca w hierarchii danej strategii/czynnikowi brano pod uwagę odchylenia standardowe.

W badanej próbie zauważa się stosowanie różnych strategii walki ze stresem. Osoby z uszkodzonym słuchem skłaniają się do

wykorzystywania przede wszystkim strategii określanych jako aktywne: poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, aktywne radzenie sobie ze stresem. Nieco mniej popularne są te ukierunkowane na emocje: poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i akceptacja. Najrzadziej respondenci stosują strategię zażywanie substancji psychoaktywnych (tabela 31). Najniższe wyniki (choć nie aż tak skrajne) uzyskane zostały dla strategii zaprzestanie działań oraz wyładowywanie.

Wśród czynników radzenia sobie ze stresem dominuje poszukiwanie wsparcia, natomiast ostatnią pozycję w hierarchii zajął czynnik bezradność. Na drugim miejscu znalazł się czynnik akceptacja, a na przedostatnim – czynnik poczucie humoru (tabela 32).

Tabela 31. Wyniki ogółem dla strategii radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 413	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Planowanie	Pozytywne przewartościowanie	Akceptacja	Poczucie humoru	Zwrot ku religii	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Zajmowanie się czymś innym	Zaprzeczanie	Wyładowywanie	Zażywanie substancji psychoaktywnych	Zaprzestanie działań	Obwinianie siebie
M	1,83	1,81	1,71	1,82	1,14	1,30	1,82	1,85	1,81	1,15	1,44	0,59	1,09	1,40
Me	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1,5	0	1	1,5
SD	0,72	0,71	0,69	0,68	0,82	0,97	0,76	0,79	0,76	0,79	0,71	0,83	0,78	0,76
Poz. w hierarchii stosowania	2	5	7	3	12	10	4	1	6	11	8	14	13	9

Tabela 32. Wyniki ogółem dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 413	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Bezradność	Poszukiwanie wsparcia	Zachowania unikowe	Zwrot ku religii	Akceptacja	Poczucie humoru
M	1,78	1,02	1,84	1,47	1,30	1,82	1,14
Me	1,83	1	2	1,5	1	2	1
SD	0,59	0,60	0,70	0,55	0,97	0,68	0,82
Poz. w hierarchii stosowania	3	7	1	4	5	2	6

5.2. Wyniki badań w podziale według zmiennej płeć

Wyniki badań w podziale ze względu na płeć ukazują triady strategii stosowanych najczęściej przez mężczyzn: akceptacja, aktywne radzenie sobie ze stresem, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (tabela 33), i kobiety: poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, aktywne radzenie sobie ze stresem oraz planowanie (tabela 35). Na drugim krańcu w obu grupach znalazło się zażywanie substancji psychoaktywnych. Dość rzadko stosuje się w próbie mężczyzn również strategie: zaprzestanie działań oraz zaprzeczanie, a w próbie kobiet zaprzestanie działań oraz poczucie humoru (tabele 33, 35).

Tabela 33. Wyniki mężczyzn dla strategii radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 195	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Planowanie	Pozytywne przewartościowanie	Akceptacja	Poczucie humoru	Zwrot ku religii	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Zajmowanie się czymś innym	Zaprzeczanie	Wyładowywanie	Zażywanie substancji psychoaktywnych	Zaprzestanie działań	Obwinianie siebie
M	1,76	1,72	1,62	1,87	1,20	1,18	1,74	1,76	1,75	1,15	1,36	0,66	1,09	1,37
Me	2	2	1,5	2	1	1	2	2	2	1	1,5	0	1	1,5
SD	0,76	0,73	0,68	0,66	0,82	0,95	0,79	0,83	0,73	0,79	0,66	0,87	0,80	0,72
Poz. w hierarchii stosowania	2	6	7	1	10	11	5	3	4	12	9	14	13	8

Dominującym czynnikiem w próbie mężczyzn była akceptacja, w próbie kobiet – poszukiwanie wsparcia. W obu próbach ostatnie miejsce w hierarchii czynników zajęła bezradność. Rzadko stosowane były też strategie zgrupowane w czynnik zwrot ku religii (tabela 33, 36).

,

Tabela 34. Wyniki mężczyzn dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 195	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Bezradność	Poszukiwanie wsparcia	Zachowania unikowe	Zwrot ku religii	Akceptacja	Poczucie humoru
M	1,70	1,03	1,75	1,41	1,18	1,87	1,20
Me	1,83	1	1,75	1,5	1	2	1
SD	0,61	0,60	0,72	0,53	0,95	0,66	0,82
Poz. w hierarchii stosowania	3	7	2	4	6	1	5

Tabela 35. Wyniki kobiet dla strategii radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 218	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Planowanie	Pozytywne przewartościowanie	Akceptacja	Poczucie humoru	Zwrot ku religii	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Zajmowanie się czymś innym	Zaprzeczanie	Wyładowywanie	Zażywanie substancji psychoaktywnych	Zaprzestanie działań	Obwinianie siebie
M	1,89	1,89	1,80	1,78	1,10	1,41	1,89	1,94	1,86	1,15	1,51	0,53	1,08	1,42
Me	2	2	2	2	1	1,5	2	2	2	1	1,5	0	1	1,5
SD	0,67	0,69	0,68	0,70	0,82	0,98	0,73	0,74	0,76	0,79	0,75	0,79	0,76	0,79
Poz. w hierarchii stosowania	2	3	6	7	12	10	4	1	5	11	8	14	13	9

Tabela 36. Wyniki kobiet dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 218	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Bezradność	Poszukiwanie wsparcia	Zachowania unikowe	Zwrot ku religii	Akceptacja	Poczucie humoru
M	1,86	1,01	1,91	1,51	1,41	1,78	1,09
Me	1,83	1	2	1,5	1,5	2	1
SD	0,55	0,60	0,66	0,54	0,98	0,70	0,82
Poz. w hierarchii stosowania	2	7	1	4	5	3	6

Analiza wariancji dostarczyła informacji, iż zmienna płeć różnicuje wyniki badań nad strategiami radzenia sobie ze stresem. Biorąc pod uwagę wynik testu Lambda Wilksa = 0,92, $F(14, 398) = 2,34$, przy $p = 0,004$, można stwierdzić, iż istnieją takie komponenty modelu stosowania strategii i czynników w walce ze stresem, które nadają inny charakter radzeniu sobie ze stresem w próbach mężczyzn i kobiet. Analizy *post hoc* testem Tukeya dla różnych *N* ujawniły następujące różnice międzygrupowe: kobiety istotnie częściej stosują strategie walki ze stresem, takie jak: planowanie, pozytywne przewartościowanie, zwrot ku religii, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego oraz wyładowywanie, przy czym istnieje najsilniejszy związek pomiędzy płcią a stosowaniem strategii pozytywne przewartościowanie (tabela 37).

Tabela 37. Zestawienie różnic międzygrupowych w próbie różnicowanej zmienną płeć dla strategii radzenia sobie ze stresem

	Planowanie		Pozytywne przewartościowanie		Zwrot ku religii		Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego		Wyładowywanie	
M	{1} 1,72	{2} 1,89	{1} 1,62	{2} 1,80	{1} 1,18	{2} 1,40	{1} 1,76	{2} 1,94	{1} 1,36	{2} 1,51
Płeć m (1)		0,018*		0,010**		0,018*		0,028*		0,037*
Płeć k (2)	0,018*		0,010**		0,018*		0,028*		0,037*	
MS międzygrupowe	= 0,50		= 0,47		= 0,93		= 0,61		= 0,51	
df	= 411									

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

Rozpatrując różnice w stosowaniu czynników radzenia sobie ze stresem, zauważa się, iż płeć różnicuje wyniki grup [wynik testu Lambda Wilksa = 0,94, $F(7, 405) = 3,86$, przy $p = 0,000$]. Czynnikami różnicującymi wyniki badań były: aktywne radzenie sobie ze stresem, poszukiwanie wsparcia oraz zwrot ku religii. Kobiety istotnie częściej stosowały wyłonione czynniki niż mężczyźni, a najsilniejszy związek różnicujący grupy ujawniono pomiędzy czynnikiem aktywne radzenie sobie ze stresem a grupą kobiet (tabela 38).

Tabela 38. Zestawienie różnic międzygrupowych dla czynników radzenia sobie ze stresem w próbie różnicowanej zmienną płeć

	Aktywne radzenie sobie ze stresem		Poszukiwanie wsparcia		Zwrot ku religii	
M	{1} 1,70	{2} 1,86	{1} 1,75	{2} 1,91	{1} 1,17	{2} 1,41
Płeć m (1)		0,007**		0,024*		0,018*
Płeć k (2)	0,007**		0,024*		0,018*	
MS międzygrupowe	= 0,34		= 0,48		= 0,93	
df	= 411					

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

5.3. Wyniki badań w podziale według zmiennej wiek

Wyniki badań w podziale według kryterium wiekowego ukazują, iż w obu próbach stosuje się zróżnicowany wachlarz strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Najczęściej wykorzystywanymi strategiami w radzeniu sobie ze stresem w próbie osób młodszych są: akceptacja, zajmowanie się czymś innym oraz planowanie. Dominują zatem odsuwanie problemu na dalszy plan, nieprzyjmowanie odpowiedzialności za rozwiązanie problemu. Najrzadziej stosowaną strategią w próbie jest zażywanie substancji psychoaktywnych (tabela 39). Wśród osób starszych przeważającymi strategiami są: aktywne radzenie sobie ze stresem, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego oraz emocjonalnego. Dominują zatem dwie strategie należące do strategii aktywnych i jedna ze strategii ukierunkowanych na emocje, pożądanych, świadczących o konfrontacji z problemem, przyjmowaniu odpowiedzialności za jego rozwiązanie, a jednocześnie wzmacnianiu swoich sił obronnych poprzez poszukiwanie wsparcia u innych. Również w próbie osób starszych najrzadziej stosowaną strategią jest zażywanie substancji psychoaktywnych. Stosunkowo rzadko respondenci w próbie młodszej stosują strategię zaprzestanie działań oraz zaprzeczanie, a w próbie starszej – poczucie humoru oraz zaprzestanie działań (tabela 41).

Tabela 39. Wyniki próby w wieku młodzieńczym dla strategii radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 195	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Planowanie	Pozytywne przewartościowanie	Akceptacja	Poczucie humoru	Zwrot ku religii	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Zajmowanie się czymś innym	Zaprzeczanie	Wyładowywanie	Zażywanie substancji psychoaktywnych	Zaprzestanie działań	Obwinianie siebie
M	1,74	1,80	1,70	1,83	1,21	1,24	1,76	1,79	1,82	1,14	1,40	0,59	1,08	1,41
Me	2,00	2,00	1,50	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,50	0,00	1,00	1,50
SD	0,68	0,72	0,68	0,68	0,84	0,96	0,74	0,81	0,72	0,75	0,70	0,82	0,77	0,77
Poz. w hierarchii stosowania	6	3	7	1	11	10	5	4	2	12	9	14	13	8

Tabela 40. Wyniki próby w wieku młodzieńczym dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 195	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Bezradność	Poszukiwanie wsparcia	Zachowania unikowe	Zwrot ku religii	Akceptacja	Poczucie humoru
M	1,75	1,03	1,78	1,45	1,24	1,83	1,21
Me	1,00	1,75	1,50	1,00	2,00	1,00	1,00
SD	0,55	0,59	0,68	0,54	0,96	0,68	0,84
Poz. w hierarchii stosowania	3	7	2	4	5	1	6

Tabela 41. Wyniki próby w wieku wczesnej dorosłości dla strategii radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 221	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Planowanie	Pozytywne przewartościowanie	Akceptacja	Poczucie humoru	Zwrot ku religii	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Zajmowanie się czymś innym	Zaprzeczanie	Wyładowywanie	Zażywanie substancji psychoaktywnych	Zaprzestanie działań	Obwinianie siebie
M	1,90	1,81	1,73	1,82	1,08	1,35	1,87	1,90	1,80	1,15	1,48	0,58	1,10	1,39
Me	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,50	0,00	1,00	1,50
SD	0,74	0,71	0,69	0,69	0,79	0,98	0,78	0,77	0,80	0,83	0,73	0,84	0,79	0,75
Poz. w hierarchii stosowania	1	5	7	4	13	10	3	2	6	11	8	14	12	9

Czynnikiem radzenia sobie ze stresem dominującym w próbie młodszej jest akceptacja, w próbie osób starszych – poszukiwanie wsparcia, natomiast w obu grupach najrzadziej stosowane są strategie zgrupowane w czynnik bezradność (tabela 39, tabela 42).

Tabela 42. Wyniki próby w wieku wczesnej dorosłości dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 195	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Bezradność	Poszukiwanie wsparcia	Zachowania unikowe	Zwrot ku religii	Akceptacja	Poczucie humoru
M	1,82	1,02	1,89	1,48	1,35	1,82	1,08
Me	1,83	1,00	2,00	1,50	1,00	2,00	1,00
SD	0,61	0,62	0,71	0,54	0,98	0,69	0,79
Poz. w hierarchii stosowania	2	7	1	4	5	3	6

Analiza wariancji wykazała, iż generalnie zmienna wiek nie różnicuje sposobów radzenia sobie ze stresem. Wyniki analizy wariancji (ANOVA), testu Lambda Wilksa = 0,96, $F(14, 398) = 1,08$, przy $p = 0,370$, pozwalają przyjąć, iż wariancje obu grup są homogeniczne. Szczegółowe analizy związków testem Tukeya dla różnych *N* ujawniły istnienie jedynie jednej różnicy międzygrupowej dla strategii aktywne radzenie sobie ze stresem. Związek jest istotny statystycznie, aczkolwiek niezbyt mocny; osoby w wieku wczesnej dorosłości częściej stosują strategię aktywne radzenie sobie ze stresem niż osoby w wieku młodzieńczym (tabela 43).

Tabela 43. Zestawienie różnic międzygrupowych dla strategii radzenia sobie ze stresem w próbie różnicowanej zmienną wiek

	Aktywne radzenie sobie ze stresem	
M	{1} 1,74	{2} 1,91
Próba młodsza (1)		0,028**
Próba starsza (2)	0,028**	
MS międzygrupowe	= 0,51	
df	= 411	

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

Analizy wariancji dla czynników radzenia sobie ze stresem (jak można było domniemywać na podstawie wyników badań dla strategii radzenia sobie ze stresem) nie ujawniają istotności związku pomiędzy zmienną wiek a czynnikami radzenia sobie w sytuacjach trudnych [wynik testu Lambda Wilksa = 0,98, $F(7, 405) = 1,18$, przy $p = 0,314$].

Analizy *post hoc* testem Tukeya dla różnych *N* nie ujawniły różnic międzygrupowych pomiędzy badanymi w wieku młodzieńczym a badanymi w wieku wczesnej dorosłości w kontekście czynników radzenia sobie ze stresem.

Mimo że istnieje związek pomiędzy wiekiem badanych a stosowaniem strategii aktywne radzenie sobie w trudnych

sytuacjach, nie wystarcza to do przyjęcia hipotezy, iż zmienna wiek różnicuje wyniki badań nad strategiami i czynnikami radzenia sobie ze stresem osób z uszkodzonym narządem słuchu.

5.4. Wyniki badań w podziale według zmiennej miejsce zamieszkania

Analizując wyniki badań pochodzące z próby mieszkańców wsi, stwierdza się, iż najczęściej stosowaną przez nich strategią walki ze stresem jest poszukiwanie wsparcia instrumentalnego. Kolejne wysokie lokaty zajmują poszukiwanie wsparcia emocjonalnego oraz akceptacja. Zdecydowanie najrzadziej stosowaną strategią jest zażywanie substancji psychoaktywnych, stosunkowo rzadko badani zaprzestają działań oraz zaprzeczają istnieniu sytuacji trudnej (tabela 44). Biorąc pod uwagę strategie zgrupowane w siedem czynników, można zauważyć, że poszukiwanie wsparcia jako czynnik walki ze stresem jest tu dominujące, drugi kraniec zajmuje czynnik bezradność (tabela 45).

Tabela 44. Wyniki próby pochodzącej ze wsi dla strategii radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 142	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Planowanie	Pozytywne przewartościowanie	Akceptacja	Poczucie humoru	Zwrot ku religii	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Zajmowanie się czymś innym	Zaprzeczanie	Wyładowywanie	Zażywanie substancji psychoaktywnych	Zaprzestanie działań	Obwinianie siebie
M	1,69	1,65	1,60	1,79	1,14	1,33	1,80	1,85	1,75	1,30	1,46	0,57	1,24	1,45
Me	2,00	1,50	1,50	2,00	1,00	1,50	2,00	2,00	1,50	1,50	1,50	0,00	1,00	1,50
SD	0,68	0,72	0,66	0,71	0,82	0,97	0,80	0,78	0,72	0,78	0,72	0,82	0,82	0,79
Poz. w hierarchii stosowania	5	6	7	3	13	10	2	1	4	11	8	14	12	9

Tabela 45. Wyniki próby pochodzącej ze wsi dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 142	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Bezradność	Poszukiwanie wsparcia	Zachowania unikowe	Zwrot ku religii	Akceptacja	Poczucie humoru
M	1,65	1,08	1,82	1,51	1,33	1,79	1,14
Me	1,67	1,08	2,00	1,50	1,50	2,00	1,00
SD	0,56	0,59	0,70	0,53	0,97	0,71	0,82
Poz. w hierarchii stosowania	3	7	1	4	5	2	6

W próbie osób pochodzących z małych miast dominuje strategia walki ze stresem ukierunkowana na aktywność – aktywne radzenie sobie ze stresem. Kolejną wysoką pozycję zajmuje planowanie, a triadę najczęściej stosowanych domyka poszukiwanie wsparcia emocjonalnego. Podobnie jak w próbie mieszkańców wsi najrzadziej stosowaną strategią jest zażywanie substancji psychoaktywnych (tabela 46). Wśród rzadziej stosowanych udział mają strategie zaprzestanie działań i zaprzeczanie. Dość nisko w hierarchii plasuje się również strategia poczucie humoru.

Biorąc pod uwagę czynniki radzenia sobie w sytuacjach trudnych, można zauważyć, że wśród mieszkańców małych miast zdecydowanie dominuje aktywne radzenie sobie w sytuacjach trudnych, a najrzadziej do złagodzenia stresu respondenci stosują strategie zgrupowane w czynnik bezradność (tabela 47).

Tabela 46. Wyniki próby pochodzącej z małych miast dla strategii radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 129	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Planowanie	Pozytywne przewartościowanie	Akceptacja	Poczucie humoru	Zwrot ku religii	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Zajmowanie się czymś innym	Zaprzeczanie	Wyładowywanie	Zażywanie substancji psychoaktywnych	Zaprzestanie działań	Obwinianie siebie
M	1,93	1,90	1,83	1,84	1,14	1,36	1,88	1,85	1,79	1,09	1,46	0,62	1,03	1,40
Me	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,50	2,00	2,00	2,00	1,00	1,50	0,00	1,00	1,50
SD	0,70	0,67	0,69	0,63	0,81	0,91	0,70	0,75	0,76	0,80	0,71	0,84	0,70	0,78
Poz. w hierarchii stosowania	1	2	6	5	11	10	3	4	7	13	8	14	12	9

Tabela 47. Wyniki próby pochodzącej z małych miast dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 129	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Bezradność	Poszukiwanie wsparcia	Zachowania unikowe	Zwrot ku religii	Akceptacja	Poczucie humoru
M	1,88	1,02	1,87	1,45	1,36	1,84	1,14
Me	1,83	1,00	2,00	1,50	1,50	2,00	1,00
SD	0,56	0,60	0,64	0,56	0,91	0,63	0,81
Poz. w hierarchii stosowania	1	7	2	4	5	3	6

Wśród mieszkańców dużych miast dominującą triadę strategii walki ze stresem tworzą zajmowanie się czymś innym, planowanie oraz aktywne radzenie sobie ze stresem. Podobnie jak w próbach pochodzących ze wsi i małych miast najrzadziej stosuje się tu strategię zażywanie substancji psychoaktywnych (tabela 48). Nisko w hierarchii plasują się także strategie zaprzestanie działań i zaprzeczanie.

Pośród czynników służących przezwyciężaniu sytuacji trudnych pierwsze miejsce w próbie pochodzącej z dużych miast zajmuje aktywne radzenie sobie ze stresem, ostatnie – bezradność (tabela 49).

Tabela 48. Wyniki próby pochodzącej z dużych miast dla strategii radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 142	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Planowanie	Pozytywne przewartościowanie	Akceptacja	Poczucie humoru	Zwrot ku religii	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Zajmowanie się czymś innym	Zaprzeczanie	Wyładowywanie	Zażywanie substancji psychoaktywnych	Zaprzestanie działań	Obwinianie siebie
M	1,88	1,88	1,73	1,83	1,14	1,21	1,79	1,86	1,89	1,05	1,40	0,57	0,98	1,36
Me	2,00	2,00	1,50	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,50	0,00	1,00	1,50
SD	0,75	0,73	0,70	0,71	0,82	1,03	0,78	0,83	0,80	0,77	0,72	0,84	0,79	0,72
Poz. w hierarchii stosowania	3	2	7	5	11	10	6	4	1	12	8	14	13	9

Tabela 49. Wyniki próby pochodzącej z dużych miast dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 142	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Bezradność	Poszukiwanie wsparcia	Zachowania unikowe	Zwrot ku religii	Akceptacja	Poczucie humoru
M	1,83	0,97	1,82	1,45	1,21	1,83	1,14
Me	1,83	1,00	2,00	1,50	1,00	2,00	1,00
SD	0,61	0,61	0,75	0,53	1,03	0,71	0,82
Poz. w hierarchii stosowania	1	7	3	4	5	2	6

Rozpatrując związek zmiennej miejsce zamieszkania ze strategiami walki ze stresem, nie można przyjąć, iż zmienna ta różnicuje stosowane strategie [wynik testu Lambda Wilksa = 0,91, $F(28, 794) = 1,30$, przy $p = 0,139$]. Generalnie udział poszczególnych strategii i czynników w walce ze stresem jest podobny w próbach pochodzących ze wsi, małych i dużych miast.

W wyniku analiz *post hoc* stwierdzono następujące różnice międzygrupowe: osoby pochodzące z małych miast istotnie częściej stosują strategię aktywne radzenie sobie ze stresem niż osoby pochodzące ze wsi, mieszkańcy wsi istotnie rzadziej stosują

strategię planowanie niż badani pochodzący z małych i dużych miast, natomiast istotnie rzadziej od respondentów z małych miast stosują strategię pozytywne przewartościowanie. Badani pochodzący z dużych miast istotnie rzadziej niż osoby pochodzące ze wsi stosują strategię zaprzeczanie i strategię zaprzestanie działań (tabela 50).

Tabela 50. Zestawienie różnic międzygrupowych dla strategii radzenia sobie ze stresem w próbie różnicowanej zmienną miejsce zamieszkania

	Aktywne radzenie sobie ze stresem *MS* międzygrupowe = 0,51, *df* = 410,00			
Nr podkl.	miejsce zamieszkania	{1} 1,88	{2} 1,69	{3} 1,93
1	duże miasto		0,063	0,839
2	wieś	0,063		0,019*
3	małe miasto	0,839	0,019*	
	Planowanie *MS* międzygrupowe = 0,50, *df* = 410,00			
Nr podkl.	miejsce zamieszkania	{1} 1,88	{2} 1,65	{3} 1,90
1	duże miasto		0,016*	0,990
2	wieś	0,016*		0,016*
3	małe miasto	0,990	0,016*	
	Pozytywne przewartościowanie *MS* międzygrupowe = 0,47, *df* = 410,00			
Nr podkl.	miejsce zamieszkania	{1} 1,73	{2} 1,60	{3} 1,83
1	duże miasto		0,281	0,466
2	wieś	0,281		0,023*
3	małe miasto	0,466	0,023*	
	Zaprzeczanie *MS* międzygrupowe = 0,61, *df* = 410,00			
Nr podkl.	miejsce zamieszkania	{1} 1,05	{2} 1,30	{3} 1,09
1	duże miasto		0,016*	0,878
2	wieś	0,016*		0,079
3	małe miasto	0,878	0,079	
	Zaprzestanie działań *MS* międzygrupowe = 0,60, *df* = 410,00			
Nr podkl.	miejsce zamieszkania	{1} 0,98	{2} 1,24	{3} 1,03
1	duże miasto		0,016*	0,848
2	wieś	0,016*		0,092
3	małe miasto	0,848	0,092	

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

Wyniki testu służącego stwierdzeniu, czy zmienna miejsce zamieszkania różnicuje wyniki badań nad czynnikami radzenia sobie ze stresem, pozwalają (podobnie jak w przypadku strategii

radzenia sobie ze stresem) na odrzucenie takiej tezy. Wynik testu Lambda Wilksa = 0,95, $F(14, 808) = 1,45$, przy $p = 0,124$, nie wskazuje na istnienie generalnego związku pomiędzy zmiennymi. Dokonując szczegółowej analizy, można natomiast stwierdzić, iż jedynie w przypadku czynnika aktywne radzenie sobie ze stresem występuje istotna statystycznie różnica pomiędzy próbami pochodzącymi ze wsi, małego i dużego miasta: przez badanych ze wsi jest on istotnie rzadziej stosowany niż w próbach osób pochodzących z miast (tabela 51).

Tabela 51. Zestawienie różnic międzygrupowych dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem w próbie różnicowanej zmienną miejsce zamieszkania

	Aktywne radzenie sobie ze stresem *MS* międzygrupowe = 0,33, *df* = 410,00			
Nr podkl.	miejsce zamieszkania	{1} 1,83	{2} 1,65	{3} 1,88
1	duże miasto		0,021*	0,734
2	wieś	0,021*		0,003**
3	małe miasto	0,734	0,003**	

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

5.5. Wyniki badań w podziale według zmiennej pozycja zawodowa

Wyniki badań nad strategiami radzenia sobie ze stresem w próbie osób uczących się/studiujących pokazują, iż najczęściej stosowaną strategią w walce z trudnymi sytuacjami jest akceptacja. Wysokie lokaty dopełniające triadę najczęściej stosowanych strategii zajmują kolejno: poszukiwanie wsparcia instrumentalnego i poszukiwanie wsparcia emocjonalnego. Najrzadziej stosowaną przez badanych strategią jest zażywanie substancji psychoaktywnych. Stosunkowo rzadko wykorzystuje się także strategie zaprzestanie działań oraz zaprzeczanie (tabela 52).

Tabela 52. Wyniki próby uczniów/studentów dla strategii radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 89	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Planowanie	Pozytywne przewartościowanie	Akceptacja	Poczucie humoru	Zwrot ku religii	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Zajmowanie się czymś innym	Zaprzeczanie	Wyładowywanie	Zażywanie substancji psychoaktywnych	Zaprzestanie działań	Obwinianie siebie
M	1,79	1,80	1,74	1,92	1,35	1,26	1,83	1,88	1,79	1,13	1,48	0,65	1,05	1,38
Me	2,00	1,50	1,50	2,00	1,50	1,50	2,00	2,00	2,00	1,00	1,50	0,00	1,00	1,50
SD	0,69	0,66	0,67	0,63	0,88	0,96	0,71	0,77	0,75	0,72	0,72	0,86	0,71	0,77
Poz. w hierarchii stosowania	5	4	7	1	10	11	3	2	6	12	8	14	13	9

Wśród czynników walki ze stresem najwyżej plasującym się w hierarchii stosowania jest akceptacja. Na drugim biegunie znajduje się czynnik bezradność (tabela 53).

Tabela 53. Wyniki próby uczniów/studentów dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 89	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Bezradność	Poszukiwanie wsparcia	Zachowania unikowe	Zwrot ku religii	Akceptacja	Poczucie humoru
M	1,78	1,03	1,86	1,47	1,26	1,92	1,35
Me	2,00	1,00	2,00	1,50	1,50	2,00	1,50
SD	0,51	0,58	0,63	0,55	0,96	0,63	0,88
Poz. w hierarchii stosowania	3	7	2	4	6	1	5

Osoby pracujące w momencie zmierzenia się z sytuacją trudną podejmują strategie ukierunkowane na aktywne przezwyciężanie przeszkód. Triadę najczęściej stosowanych strategii stanowią: aktywne radzenie sobie ze stresem, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego oraz instrumentalnego. Najrzadziej stosowane są zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań i zaprzeczanie (tabela 54).

Wśród czynników radzenia sobie ze stresem dominuje poszukiwanie wsparcia. Najrzadziej stosowane są strategie zgrupowane w czynnik bezradność (tabela 55).

Tabela 54. Wyniki próby osób czynnych zawodowo dla strategii radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 90	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Planowanie	Pozytywne przewartościowanie	Akceptacja	Poczucie humoru	Zwrot ku religii	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Zajmowanie się czymś innym	Zaprzeczanie	Wyładowywanie	Zażywanie substancji psychoaktywnych	Zaprzestanie działań	Obwinianie siebie
M	1,97	1,88	1,81	1,84	1,03	1,38	1,96	1,91	1,87	1,02	1,41	0,42	0,93	1,27
Me	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,50	0,00	1,00	1,00
SD	0,81	0,72	0,69	0,66	0,74	1,00	0,78	0,77	0,70	0,80	0,75	0,77	0,78	0,71
Poz. w hierarchii stosowania	1	4	7	6	11	9	2	3	5	12	8	14	13	10

Tabela 55. Wyniki próby osób czynnych zawodowo dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 90	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Bezradność	Poszukiwanie wsparcia	Zachowania unikowe	Zwrot ku religii	Akceptacja	Poczucie humoru
M	1,89	0,87	1,94	1,43	1,38	1,84	1,03
Me	2,00	1,00	2,00	1,50	1,00	2,00	1,00
SD	0,63	0,60	0,71	0,51	1,00	0,66	0,74
Poz. w hierarchii stosowania	2	7	1	4	5	3	6

W próbie osób niepracujących wyniki badań dostarczyły informacji, iż do triady najczęściej stosowanych strategii walki ze stresem należą: poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego oraz aktywne radzenie sobie ze stresem. Co warto zauważyć, od początku analiz z uwzględnieniem zmiennych demograficznych po raz pierwszy strategia zażywanie substancji psychoaktywnych znalazła się na wysokim (w tym przypadku bardzo wysokim), czwartym miejscu.

Najrzadziej stosuje się w tej grupie strategie poczucie humoru, zwrot ku religii i zaprzeczanie (tabela 56).

Tabela 56. Wyniki próby osób niepracujących zawodowo dla strategii radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 81	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Planowanie	Pozytywne przewartościowanie	Akceptacja	Poczucie humoru	Zwrot ku religii	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Zajmowanie się czymś innym	Zaprzeczanie	Wyładowywanie	Zażywanie substancji psychoaktywnych	Zaprzestanie działań	Obwinianie siebie
M	1,79	1,69	1,71	1,71	1,09	1,31	1,85	1,98	1,75	1,40	1,67	1,79	1,69	1,71
Me	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,50	1,50	0,00	1,50	1,50
SD	0,65	0,69	0,67	0,70	0,79	0,94	0,74	0,79	0,76	0,87	0,74	0,80	0,79	0,83
Poz. w hierarchii stosowania	3	9	6	7	14	13	2	1	5	12	11	4	10	8

Biorąc pod uwagę czynniki radzenia sobie ze stresem, należy stwierdzić, że wśród osób niepracujących na pierwszym miejscu uplasowała się diada strategii poszukiwanie wsparcia instrumentalnego oraz poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, tworząc czynnik poszukiwanie wsparcia. Na ostatnim miejscu w hierarchii znalazł się czynnik poczucie humoru (tabela 57).

Tabela 57. Wyniki próby osób niepracujących zawodowo dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 90	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Bezradność	Poszukiwanie wsparcia	Zachowania unikowe	Zwrot ku religii	Akceptacja	Poczucie humoru
M	1,73	1,15	1,92	1,61	1,31	1,71	1,09
Me	12,00	1,00	2,00	1,50	1,00	2,00	1,00
SD	0,58	0,57	0,69	0,55	0,94	0,70	0,79
Poz. w hierarchii stosowania	2	6	1	4	5	3	7

Wyniki testu pozwalającego na stwierdzenie, czy zmienna pozycja zawodowa różnicuje wyniki badań nad strategiami radzenia sobie ze stresem, pokazują, iż zmienna różnicuje wyniki prób [test Lambda Wilksa = 0,83, $F(28, 488) = 1,66$, przy $p = 0,020$]. W przebiegu analiz *post hoc* (test Tukeya dla różnych *N*) wykryto, iż istnieją silne i istotne statystycznie związki pomiędzy pozycją zawodową a strategią poczucie humoru: uczniowie/studenci istotnie częściej stosują ją w walce ze stresem niż osoby czynne zawodowo. Istnieje także istotny statystycznie związek pomiędzy strategią zaprzeczanie a pozycją zawodową: osoby czynne zawodowo istotnie rzadziej stosują tę strategię w walce ze stresem niż osoby niepracujące. Ostatnie związki wykryto pomiędzy pozycją zawodową a strategią zaprzestanie działań. Osoby czynne zawodowo oraz uczniowie/studenci istotnie rzadziej stosują strategię zaprzestanie działań niż osoby niepracujące (tabela 58).

Tabela 58. Zestawienie różnic międzygrupowych dla strategii radzenia sobie ze stresem w próbie różnicowanej zmienną pozycja zawodowa

	Poczucie humoru *MS* międzygrupowe = 0,65, *df* = 257,00			
Nr podkl.	pozycja zawodowa	{1} 1,03	{2} 1,09	{3} 1,35
1	czynni zawodowo		0,886	0,021*
2	niepracujący	0,886		0,097
3	uczniowie/studenci	0,021*	0,097	
	Zaprzeczanie *MS* międzygrupowe = 0,64, *df* = 257,00			
Nr podkl.	pozycja zawodowa	{1} 1,02	{2} 1,40	{3} 1,13
1	czynni zawodowo		0,007**	0,615
2	niepracujący	0,007**		0,086
3	uczniowie/studenci	0,615	0,086	
	Zaprzestanie działań *MS* międzygrupowe = 0,58, *df* = 257,00			
Nr podkl.	pozycja zawodowa	{1} 0,93	{2} 1,33	{3} 1,05
1	czynni zawodowo		0,001***	0,527
2	niepracujący	0,001***		0,046*
3	uczniowie/studenci	0,527	0,046*	

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

Biorąc pod uwagę związki czynników radzenia sobie ze stresem ze zmienną pozycja zawodowa, stwierdza się, iż czynnik ten różnicuje wyniki prób osób pracujących, niepracujących oraz uczniów/studentów. Przy wyniku testu Lambda Wilksa = 0,89, $F(14, 502) = 1,99$, $p = 0,017$, istotność statystyczną w analizach *post hoc* (test Tukeya dla różnych *N*) uzyskały czynniki bezradność oraz poczucie humoru. Wyniki badań pokazują, iż osoby czynne zawodowo istotnie rzadziej wykorzystują czynnik bezradność niż osoby niepracujące, a osoby czynne zawodowo istotnie rzadziej stosują czynnik poczucie humoru niż uczniowie/studenci. Są to istotne związki statystyczne, gdzie $p = 0,001$ (silny związek) dla czynnika bezradność oraz $p = 0,021$ (nieco słabszy) dla czynnika poczucie humoru (tabela 59).

Tabela 59. Zestawienie różnic międzygrupowych dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem w próbie różnicowanej zmienną pozycja zawodowa

	Bezradność *MS* międzygrupowe = 0,34, *df* = 257,00			
Nr podkl.	pozycja zawodowa	{1} 0,87	{2} 1,15	{3} 1,03
1	czynni zawodowo		0,001***	0,184
2	niepracujący	0,001***		0,344
3	uczniowie/studenci	0,184	0,344	
	Poczucie humoru *MS* międzygrupowe = 0,65, *df* = 257,00			
Nr podkl.	pozycja zawodowa	{1} 1,03	{2} 1,09	{3} 1,35
1	czynni zawodowo		0,886	0,021*
2	niepracujący	0,886		0,098
3	uczniowie/studenci	0,021*	0,098	

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

5.6. Wyniki badań w podziale według zmiennej sposób protezowania

W zestawieniu wyników badań nad strategiami radzenia sobie ze stresem w próbie osób używających aparatów słuchowych jako środka wspomagającego percepcję sygnałów akustycznych dominuje akceptacja. Wśród trzech najczęściej stosowanych strategii w grupie znalazły się również zajmowanie się czymś innym i planowanie. Do strategii najrzadziej wykorzystywanych zalicza się tu przyjmowanie substancji psychoaktywnych, stosunkowo rzadko osoby aparatowane stosują także strategie zaprzeczanie i zaprzestanie działań (tabela 60).

W hierarchii strategii zgrupowanych w czynniki na pierwszym miejscu plasuje się akceptacja, na ostatnim – bezradność (tabela 61).

Tabela 60. Wyniki próby osób aparatowanych dla strategii radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 60	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Planowanie	Pozytywne przewartościowanie	Akceptacja	Poczucie humoru	Zwrot ku religii	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Zajmowanie się czymś innym	Zaprzeczanie	Wyładowywanie	Zażywanie substancji psychoaktywnych	Zaprzestanie działań	Obwinianie siebie
M	1,75	1,77	1,60	1,88	1,28	1,26	1,73	1,68	1,88	1,18	1,38	0,68	1,25	1,50
Me	2,00	2,00	1,50	2,00	1,50	1,00	2,00	1,75	2,00	1,00	1,50	0,00	1,00	1,50
SD	0,76	0,63	0,70	0,63	0,88	0,89	0,78	0,84	0,78	0,72	0,66	0,93	0,79	0,70
Poz. w hierarchii stosowania	4	3	7	1	10	11	5	6	2	13	9	14	12	8

Tabela 61 Wyniki próby osób aparatowanych dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem

Tabela 61. Wyniki próby osób aparatowanych dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 60	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Bezradność	Poszukiwanie wsparcia	Zachowania unikowe	Zwrot ku religii	Akceptacja	Poczucie humoru
M	1,71	1,14	1,71	1,48	1,26	1,88	1,28
Me	2,00	1,00	2,00	1,50	1,00	2,00	1,50
SD	0,53	0,64	0,73	0,52	0,89	0,63	0,88
Poz. w hierarchii stosowania	2	7	3	4	6	1	5

W próbie osób protezowanych za pomocą systemu implantu ślimakowego wśród najczęściej stosowanych strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych znalazły się kolejno: poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, zajmowanie się czymś innym oraz akceptacja. Najrzadziej stosowanymi strategiami w przezwyciężaniu stresu były zażywanie substancji

psychoaktywnych, zaprzestanie działań oraz zaprzeczanie (tabela 62).

Tabela 62. Wyniki próby osób implantowanych dla strategii radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 60	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Planowanie	Pozytywne przewartościowanie	Akceptacja	Poczucie humoru	Zwrot ku religii	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Zajmowanie się czymś innym	Zaprzeczanie	Wyładowywanie	Zażywanie substancji psychoaktywnych	Zaprzestanie działań	Obwinianie siebie
M	1,62	1,65	1,66	1,69	1,13	1,21	1,65	1,84	1,71	1,10	1,35	0,43	0,94	1,35
Me	2,00	2,00	1,50	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,50	1,00	1,50	0,00	1,00	1,50
SD	0,79	0,77	0,66	0,77	0,83	0,97	0,80	0,77	0,74	0,76	0,71	0,57	0,69	0,72
Poz. w hierarchii stosowania	7	5	4	3	11	10	6	1	2	12	8	14	13	9

Pośród czynników walki ze stresem dominowało poszukiwanie wsparcia, natomiast strategie składające się na czynnik bezradność w próbie osób implantowanych były najrzadziej stosowane w walce z przeciwnościami losu (tabela 63).

Tabela 63. Wyniki próby osób implantowanych dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 60	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Bezradność	Poszukiwanie wsparcia	Zachowania unikowe	Zwrot ku religii	Akceptacja	Poczucie humoru
M	1,64	0,91	1,75	1,39	1,21	1,69	1,13
Me	2,00	1,00	2,00	1,50	1,00	2,00	1,00
SD	0,65	0,46	0,67	0,50	0,97	0,77	0,83
Poz. w hierarchii stosowania	3	7	1	4	5	2	6

W próbie osób niestosujących protez słuchowych pomimo wady słuchu szczególnie mocno zaznacza się udział wśród najczęściej

stosowanych strategii walki ze stresem poszukiwania wsparcia instrumentalnego. W triadzie najczęściej wykorzystywanych strategii znalazły się także poszukiwanie wsparcia emocjonalnego oraz zajmowanie się czymś innym. Na drugim biegunie – strategii najrzadziej stosowanych – uplasowały się kolejno: zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzeczanie i zaprzestanie działań (tabela 64).

Analizując czynniki walki ze stresem w próbie osób niekorzystających z pomocy technicznych, zauważa się, iż mocno dominuje tu czynnik poszukiwanie wsparcia. Najrzadziej natomiast w walce ze stresem badani stosują czynnik bezradność (tabela 65).

Tabela 64. Wyniki próby osób nienoszących protez słuchowych dla strategii radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 64	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Planowanie	Pozytywne przewartościowanie	Akceptacja	Poczucie humoru	Zwrot ku religii	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Zajmowanie się czymś innym	Zaprzeczanie	Wyładowywanie	Zażywanie substancji psychoaktywnych	Zaprzestanie działań	Obwinianie siebie
M	1,84	1,74	1,66	1,78	1,23	1,29	1,96	2,04	1,90	1,10	1,66	0,70	1,13	1,43
Me	2,00	2,00	1,50	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,50	0,25	1,00	1,50
SD	0,73	0,72	0,80	0,74	0,80	1,04	0,76	0,84	0,83	0,78	0,70	0,87	0,71	0,80
Poz. w hierarchii stosowania	4	6	8	5	11	10	2	1	3	13	7	14	12	9

Tabela 65. Wyniki próby osób nienoszących protez słuchowych dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 60	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Bezradność	Poszukiwanie wsparcia	Zachowania unikowe	Zwrot ku religii	Akceptacja	Poczucie humoru
M	1,75	1,09	2,00	1,55	1,29	1,78	1,23
Me	1,75	1,00	2,00	1,50	1,00	2,00	1,00
SD	0,62	0,59	0,73	0,59	1,04	0,74	0,80
Poz. w hierarchii stosowania	3	7	1	4	5	2	6

Rozpatrując, czy strategie radzenia sobie ze stresem różnicowane są zmienną sposób protezowania, na podstawie wyników testu Lambda Wilksa = 0,83, $F(28, 336) = 1,17$, $p = 0,253$, stwierdza się, iż rodzaj protezy słuchowej nie różnicuje wyników badań ogółem. Dalsze analizy ujawniły dwie istotne statystycznie różnice międzygrupowe: pomiędzy strategiami poszukiwanie wsparcia instrumentalnego oraz wyładowywanie a sposobem protezowania. Osoby niekorzystające z protez słuchowych istotnie rzadziej stosują strategię poszukiwanie wsparcia instrumentalnego niż osoby z implantami, a osoby implantowane istotnie częściej niż osoby z aparatami stosują strategię wyładowywanie (tabela 66).

Tabela 66. Zestawienie różnic międzygrupowych dla strategii radzenia sobie ze stresem w próbie różnicowanej zmienną sposób protezowania

	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego *MS* międzygrupowe = 0,67, *df* = 181,00			
Nr podkl.	pozycja zawodowa	{1} 1,84	{2} 2,04	{3} 1,68
1	aparatowani		0,382	0,538
2	implantowani	0,382		0,045*
3	brak protezy	0,538	0,045*	
	Wyładowywanie *MS* międzygrupowe = 0,48, *df* = 181,00			
Nr podkl.	pozycja zawodowa	{1} 1,35	{2} 1,66	{3} 1,38
1	aparatowani		0,040*	0,978
2	implantowani	0,040*		0,066
3	brak protezy	0,978	0,066	

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

Analizując dane dla czynników radzenia sobie ze stresem, stwierdza się, iż zmienna sposób protezowania nie różnicuje wyników badań [test Lambda Wilksa = 0,92, $F(14, 350) = 1,09$, $p = 0,363$]. W wyniku analiz *post hoc* także nie odkryto żadnych istotnych statystycznie związków pomiędzy czynnikami a sposobem protezowania.

5.7. Wyniki badań w podziale według zmiennej głębokość niedosłuchu

Wyniki badań próby w podziale według stopnia niedosłuchu ukazują, iż w hierarchii strategii stosowanych w walce ze stresem przez osoby z lekkim uszkodzeniem słuchu dominuje aktywne radzenie sobie ze stresem. Kolejne pozycje zajmowane są przez planowanie i poszukiwanie wsparcia instrumentalnego. Najrzadziej stosowaną strategią w badanej próbie jest zażywanie substancji psychoaktywnych. Stosunkowo rzadko wykorzystywane są także zaprzestanie działań oraz zaprzeczanie (tabela 67).

Biorąc pod uwagę strategie walki ze stresem zgrupowane w czynniki, zauważa się, iż dominuje czynnik aktywne radzenie sobie ze stresem. Najniżej w hierarchii czynników znalazła się bezradność (tabela 68).

Tabela 67. Wyniki próby osób z lekkim stopniem niedosłuchu dla strategii radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 95	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Planowanie	Pozytywne przewartościowanie	Akceptacja	Poczucie humoru	Zwrot ku religii	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Zajmowanie się czymś innym	Zaprzeczanie	Wyładowywanie	Zażywanie substancji psychoaktywnych	Zaprzestanie działań	Obwinianie siebie
M	1,98	1,95	1,73	1,77	1,20	1,18	1,81	1,93	1,65	1,03	1,43	0,63	0,99	1,37
Me	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,50	1,00	1,50	0,00	1,00	1,50
SD	0,60	0,59	0,64	0,64	0,82	0,99	0,80	0,85	0,81	0,70	0,67	0,84	0,74	0,82
Poz. w hierarchii stosowania	1	2	6	5	10	11	4	3	7	12	8	14	13	9

Tabela 68. Wyniki próby z lekkim stopniem niedosłuchu dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 95	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Bezradność	Poszukiwanie wsparcia	Zachowania unikowe	Zwrot ku religii	Akceptacja	Poczucie humoru
M	1,89	1,00	1,87	1,37	1,18	1,77	1,20
Me	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00
SD	0,48	0,60	0,74	0,54	0,99	0,64	0,82
Poz. w hierarchii stosowania	1	7	2	4	6	3	5

W triadzie strategii walki ze stresem stosowanych przez osoby z umiarkowanym stopniem uszkodzenia słuchu najczęściej znalazły się kolejno: zajmowanie się czymś innym, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego oraz poszukiwanie wsparcia emocjonalnego. Na drugim biegunie znajdują się: zażywanie substancji psychoaktywnych – najrzadziej stosowana strategia ze wszystkich – następnie poczucie humoru i zaprzestanie działań (tabela 69).

Biorąc pod uwagę czynniki walki ze stresem, należy stwierdzić, że na pierwszym miejscu w próbie osób z umiarkowanym stopniem niedosłuchu znajduje się poszukiwanie wsparcia, a na ostatnim – poczucie humoru (tabela 70).

Tabela 69. Wyniki próby osób z umiarkowanym stopniem niedosłuchu dla strategii radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 92	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Planowanie	Pozytywne przewartościowanie	Akceptacja	Poczucie humoru	Zwrot ku religii	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Zajmowanie się czymś innym	Zaprzeczanie	Wyładowywanie	Zażywanie substancji psychoaktywnych	Zaprzestanie działań	Obwinianie siebie
M	1,71	1,64	1,70	1,77	1,11	1,26	1,79	1,83	1,88	1,29	1,48	0,69	1,21	1,56
Me	2,00	1,50	1,50	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,50	1,50	0,00	1,00	1,50
SD	0,76	0,76	0,69	0,73	0,84	0,96	0,67	0,77	0,73	0,87	0,70	0,96	0,87	0,78
Poz. w hierarchii stosowania	5	7	6	4	13	11	3	2	1	10	9	14	12	8

Tabela 70. Wyniki próby z umiarkowanym stopniem niedosłuchu dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 92	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Bezradność	Poszukiwanie wsparcia	Zachowania unikowe	Zwrot ku religii	Akceptacja	Poczucie humoru
M	1,68	1,15	1,81	1,55	1,26	1,77	1,11
Me	1,67	1,00	2,00	1,67	1,00	2,00	1,00
SD	0,62	0,72	0,66	0,53	0,96	0,73	0,84
Poz. w hierarchii stosowania	3	6	1	4	5	2	7

Grupa osób ze znacznym uszkodzeniem słuchu najczęściej w walce ze stresem stosuje strategię poszukiwanie wsparcia emocjonalnego. Równie często wykorzystywana jest strategia poszukiwanie wsparcia instrumentalnego. Triadę najczęściej stosowanych sposobów walki ze stresem domyka aktywne radzenie sobie ze stresem. Do zdecydowanie najrzadziej praktykowanych sposobów pokonywania sytuacji trudnych należy zażywanie substancji psychoaktywnych, stosunkowo rzadkie są też poczucie humoru, zaprzestanie działań i równie częste zaprzeczanie (tabela 71).

Wśród czynników walki ze stresem w próbie osób ze znacznym stopniem niedosłuchu na pierwsze miejsce wysuwa się poszukiwanie wsparcia. Ostatnie miejsce zajmuje bezradność, jednak należy zauważyć, że równie rzadko stosuje się w opisywanej próbie czynnik poczucie humoru (tabela 72).

Tabela 71. Wyniki próby osób ze znacznym stopniem niedosłuchu dla strategii radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 72	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Planowanie	Pozytywne przewartościowanie	Akceptacja	Poczucie humoru	Zwrot ku religii	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Zajmowanie się czymś innym	Zaprzeczanie	Wyładowywanie	Zażywanie substancji psychoaktywnych	Zaprzestanie działań	Obwinianie siebie
M	1,87	1,85	1,65	1,72	0,94	1,35	1,88	1,88	1,80	1,01	1,42	0,41	1,01	1,39
Me	2,00	2,00	1,50	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,50	0,00	1,00	1,50
SD	0,72	0,66	0,69	0,75	0,73	1,03	0,79	0,80	0,81	0,71	0,71	0,64	0,77	0,79
Poz. w hierarchii stosowania	3	4	7	6	13	10	1	2	5	11	8	14	12	9

Tabela 72. Wyniki próby osób ze znacznym stopniem niedosłuchu dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 72	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Bezradność	Poszukiwanie wsparcia	Zachowania unikowe	Zwrot ku religii	Akceptacja	Poczucie humoru
M	1,79	0,94	1,88	1,41	1,35	1,72	0,94
Me	2,00	1,00	2,00	1,50	1,00	2,00	1,00
SD	0,60	0,52	0,72	0,53	1,03	0,75	0,73
Poz. w hierarchii stosowania	2	7	1	4	5	3	6

Ostatni wskaźnik brany pod uwagę w podziale próby badawczej według zmiennej stopień uszkodzenia słuchu pozwolił wyróżnić podgrupę osób z głębokim uszkodzeniem słuchu. Najczęściej stosowaną przez te osoby strategią walki ze stresem jest akceptacja. Nieco rzadziej badani wykorzystują strategie zajmowanie się czymś innym i poszukiwanie wsparcia instrumentalnego. Wśród najrzadziej stosowanych strategii na czołową pozycję wysuwa się zażywanie substancji psychoaktywnych. Stosunkowo rzadko badani stosują także strategie zaprzestanie działań oraz poczucie humoru (tabela 73).

Wśród czynników grupujących strategie walki ze stresem pierwsze miejsce zajmuje akceptacja, ostatnie – bezradność (tabela 74).

Tabela 73. Wyniki próby osób z głębokim stopniem niedosłuchu dla strategii radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 80	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Planowanie	Pozytywne przewartościowanie	Akceptacja	Poczucie humoru	Zwrot ku religii	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Zajmowanie się czymś innym	Zaprzeczanie	Wyładowywanie	Zażywanie substancji psychoaktywnych	Zaprzestanie działań	Obwinianie siebie
M	1,77	1,81	1,79	1,99	1,26	1,43	1,73	1,83	1,89	1,31	1,53	0,46	1,11	1,38
Me	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,50	2,00	2,00	2,00	1,50	1,50	0,00	1,00	1,50
SD	0,66	0,71	0,69	0,66	0,85	0,94	0,73	0,78	0,70	0,79	0,76	0,71	0,69	0,71
Poz. w hierarchii stosowania	6	4	5	1	12	9	7	3	2	11	8	14	13	10

Tabela 74. Wyniki próby osób z głębokim stopniem niedosłuchu dla strategii zgrupowanych w czynniki radzenia sobie ze stresem

N ważnych = 80	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Bezradność	Poszukiwanie wsparcia	Zachowania unikowe	Zwrot ku religii	Akceptacja	Poczucie humoru
M	1,79	0,98	1,78	1,58	1,43	1,99	1,26
Me	2,00	1,00	2,00	2,00	1,50	2,00	1,00
SD	0,57	0,49	0,66	0,51	0,94	0,66	0,85
Poz. w hierarchii stosowania	2	7	3	4	5	1	6

Analiza wariancji zmiennych stopień niedosłuchu oraz radzenie sobie ze stresem dowiodła, iż głębokość wady różnicuje sposoby radzenia sobie ze stresem [test Lambda Wilksa = 0,83, $F(42, 893{,}68) = 1{,}42$, $p = 0{,}043$]. Związek ten jednak nie jest silny, a analizy *post hoc* testem Tukeya dla różnych *N* wykazały, iż istnieje tylko jedna istotna statystycznie różnica międzygrupowa pomiędzy głębokością niedosłuchu a sposobami walki ze stresem – dla strategii zaprzeczanie. Osoby z głębokim stopniem niedosłuchu częściej stosują wyżej wymienioną strategię walki ze stresem niż z osoby z lekkim uszkodzeniem słuchu (tabela 75). Ze względu na wartość *p-value* testów Lambda Wilksa oraz Tukeya i zdiagnozowanie tylko jednej istotnej statystycznie różnicy międzygrupowej należy przyjąć finalnie, iż głębokość niedosłuchu nie różnicuje wyników badań nad strategiami walki ze stresem.

Tabela 75. Zestawienie różnic międzygrupowych dla strategii radzenia sobie ze stresem w próbach różnicowanych głębokością niedosłuchu

	Zaprzeczanie *MS* międzygrupowe = 0,61, *df* = 314,00				
Nr podkl.	stopień niedosłuchu	{1} 1,00	{2} 0,97	{3} 1,31	{4} 1,29
1	znaczny		0,994	0,097	0,122
2	lekki	0,994		0,046*	0,059
3	głęboki	0,099	0,046*		0,999
4	umiarkowany	0,122	0,059	0,999	

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

Analizując wyniki badań nad czynnikami walki ze stresem i głębokością niedosłuchu, stwierdza się, iż głębokość niedosłuchu różnicuje wyniki badań [test Lambda Wilksa = 0,87, $F(21, 884,96) = 2,02$, $p = 0,040$]. Analizy *post hoc* ukazały natomiast istotność statystyczną związków jedynie pomiędzy poziomem niedosłuchu a czynnikiem zachowania unikowe. Osoby z głębokim stopniem niedosłuchu istotnie częściej stosują ten czynnik w walce ze stresem niż osoby z lekkim uszkodzeniem słuchu (tabela 76). Ze względu na wartość *p* obu testów oraz ujawnienie jednego związku pomiędzy zmiennymi nie ma wystarczających przesłanek do finalnego przyjęcia tezy, iż zmienna poziom niedosłuchu różnicuje wyniki prób.

Tabela 76. Zestawienie różnic międzygrupowych dla czynników radzenia sobie ze stresem w próbach różnicowanych głębokością niedosłuchu

	Zachowania unikowe *MS* międzygrupowe = 0,27, *df* = 314,00				
Nr podkl.	stopień niedosłuchu	{1} 1,41	{2} 1,35	{3} 1,58	{4} 1,55
1	znaczny		0,927	0,209	0,355
2	lekki	0,927		0,046*	0,100
3	głęboki	0,209	0,046*		0,989
4	umiarkowany	0,355	0,100	0,989	

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

6. Zestawienie wyników badań nad stylami radzenia sobie ze stresem osób z uszkodzonym narządem słuchu kwestionariuszem CISS

6.1. Wyniki badań ogółem

Rozpatrując wyniki badań w próbie osób z uszkodzonym narządem słuchu nad stylami radzenia sobie w sytuacjach trudnych, należy wspomnieć, iż style wyrażają nie sposób reagowania w danej chwili na pojawiającą się przeszkodę, lecz raczej trwałą i względnie stabilną tendencję do koncentrowania myślenia i działań na zadaniu, emocjach czy odsuwaniu się od problemu. Można zatem stwierdzić, iż jest to nie tyle pojedyncza cecha, ile zespół cech o takim stopniu sformalizowania, który pozwala na zidentyfikowanie ich przynależności do określonego sposobu postępowania, zachowania oraz wyboru środków postępowania.

Wyniki badań kwestionariuszem CISS ogółem pokazują podobny rozrzut oraz zakres wartości nieodstających dla stylów skoncentrowanych na zadaniu, emocjach i unikaniu. Style te są widocznie różnicowane przez poziom wyznaczający dolny i górny kwartyl oraz wartość wariancji, wskazującą, iż największe zróżnicowanie wyników notuje się dla stylu skoncentrowanego na emocjach, a najmniejsze dla stylu skoncentrowanego na unikaniu.

Wyniki dwóch podstylów stylu unikowego – skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich oraz skoncentrowanego na angażowaniu się w czynności zastępcze – odbiegają znacząco od pozostałych średnią, medianą, wartością dolnego i górnego kwartyla głównie ze względu na specyfikę zliczania punktów dla tych podskal. Porównując jednak rozrzut wyników, zakres danych nieodstających, stwierdza się, iż większe skupienie wyników wokół średniej cechuje styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich niż styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze, te z kolei wyróżnia większa zmienność wyników badań. Wartości kurtozy i skośności oscylują w granicach zera – można przyjąć, iż zbiory wartości zbliżone są do rozkładu normalnego.

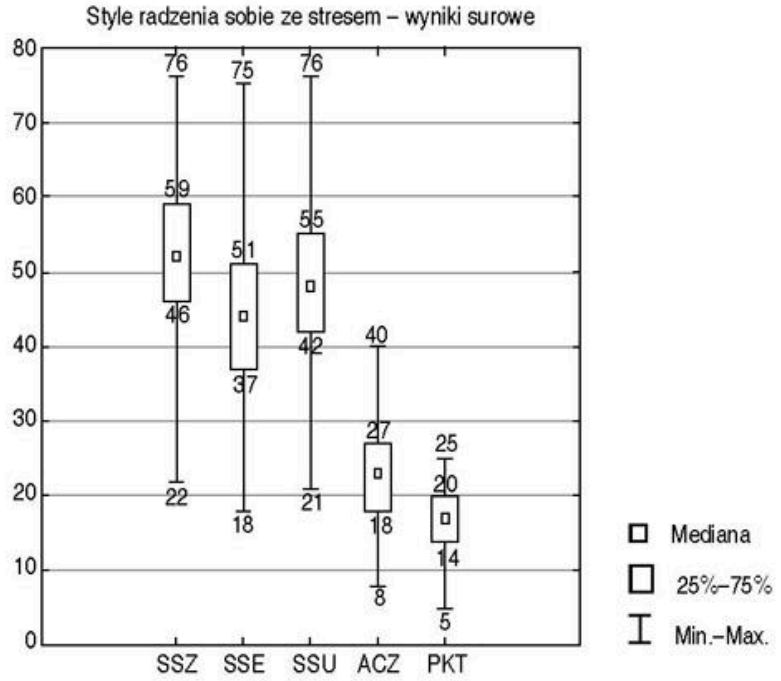
Na podstawie wyników surowych nie można wnioskować o przewadze któregoś z badanych stylów. Informacje takie uzyskano po przeliczaniu wyników w skali stenowej (tabela 77, wykres 18).

Tabela 77. Wyniki surowe ogółem dla stylów radzenia sobie ze stresem

Styl	*M*	*Me*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	SD^2	*SKE*	*K*
Skoncentrowany na zadaniu	52,08	52,00	22,00	76,00	46,00	59,00	10,01	100,24	–0,17	–0,02
Skoncentrowany na emocjach	44,43	44,00	18,00	75,00	37,00	51,00	11,03	121,76	0,07	–0,20
Skoncentrowany na unikaniu	48,19	48,00	21,00	76,00	42,00	55,00	9,91	98,25	–0,07	–0,19
Skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	22,32	23,00	8,00	40,00	18,00	27,00	6,30	39,66	–0,07	–0,27
Skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	16,67	17,00	5,00	25,00	14,00	20,00	4,18	17,48	–0,12	–0,46

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze; PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

Wykres 18. Zestawienie wyników surowych ogółem dla stylów radzenia sobie ze stresem.



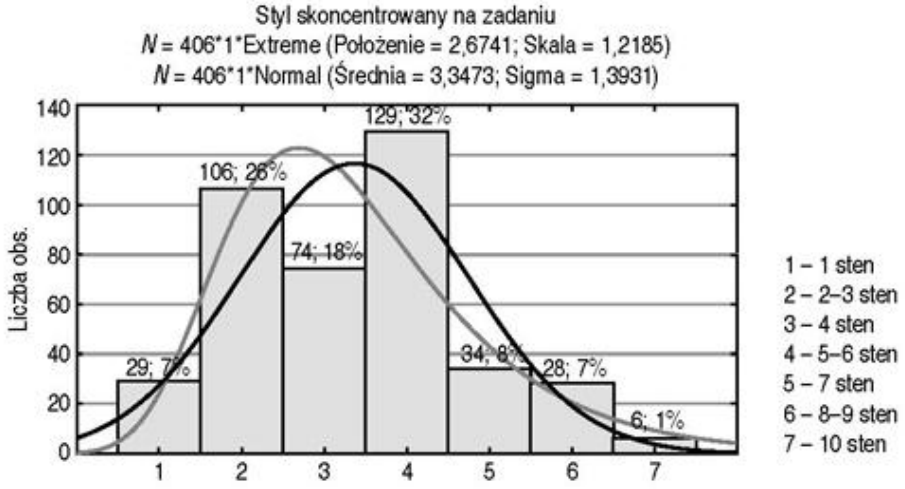
Dokonując przeliczenia wyników surowych dla skal i podskal kwestionariusza CISS, przyjęto 10-stopniową skalę stenową, której jakościowa interpretacja znajduje się w tabeli 78.

Tabela 78. Przyjęte interpretacje wyników dla skali stenowej w kwestionariuszu CISS

Sten	Interpretacja jakościowa wyników
1	bardzo niskie
2–3	niskie
4	obniżone
5–6	przeciętne
7	podwyższone
8–9	wysokie
10	bardzo wysokie

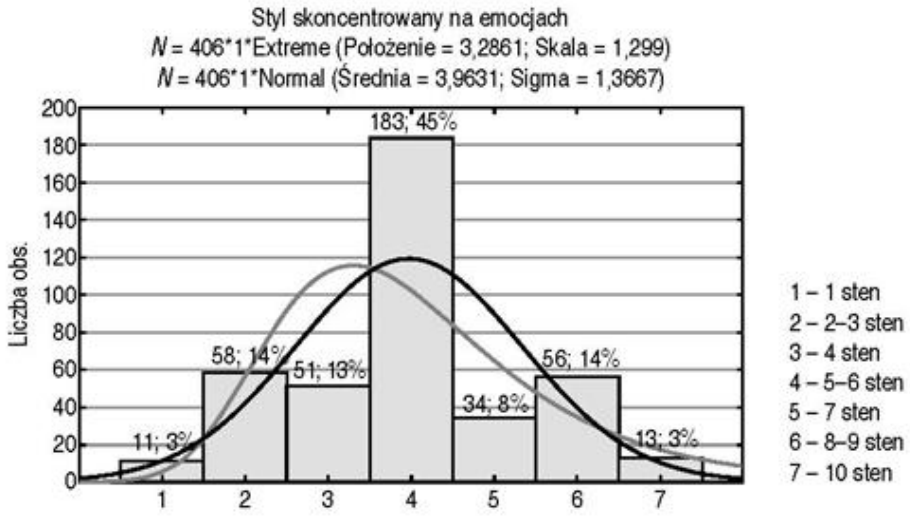
Zaprezentowane poniżej (wykres 19) przeliczone wyniki badań wskazują, iż w badanej próbie obserwuje się niski poziom stylu skoncentrowanego na zadaniu, pomimo iż największą liczbę obserwacji przypisuje się tu stenom 5 i 6 (wyniki przeciętne). Biorąc jednak pod uwagę zarówno drugie ekstremum dla stenów 2 i 3, jak i stosunek wyników bardzo niskich, niskich oraz obniżonych do bardzo wysokich, wysokich i podwyższonych, stwierdza się przewagę tych świadczących o nieukierunkowaniu zachowania na styl zadaniowy. Łącznie 50% badanych osiąga wartości poniżej przeciętnych dla stylu skoncentrowanego na zadaniu, 32% – przeciętne i 16% powyżej przeciętnych.

Wykres 19. Zestawienie wyników przeliczonych ogółem dla stylu skoncentrowanego na zadaniu.



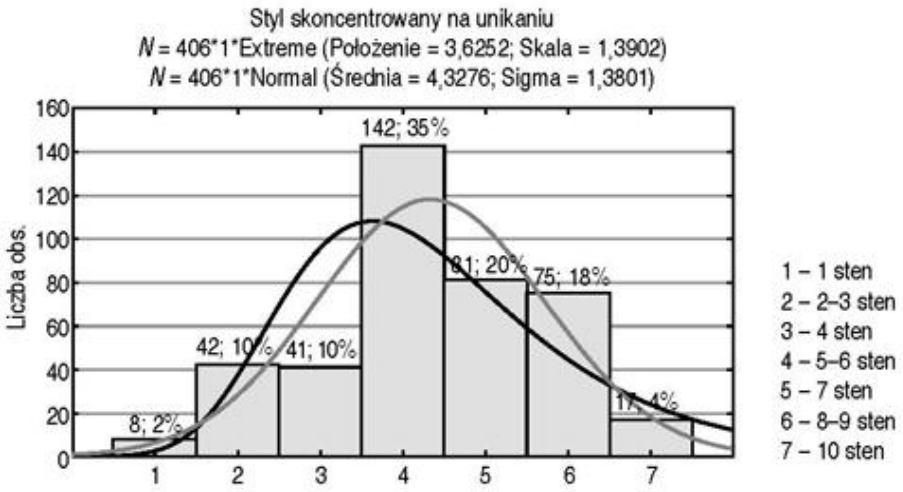
Rozpatrując wyniki badań dla stylu skoncentrowanego na emocjach, zauważa się dominację wartości świadczących o przeciętnym jego poziomie w badanej próbie (45% badanych). Można odnotować względną równowagę obserwacji o wartościach niższych (30%) i wyższych (29%) niż przeciętne (wykres 20).

Wykres 20. Zestawienie wyników przeliczonych ogółem dla stylu skoncentrowanego na emocjach.



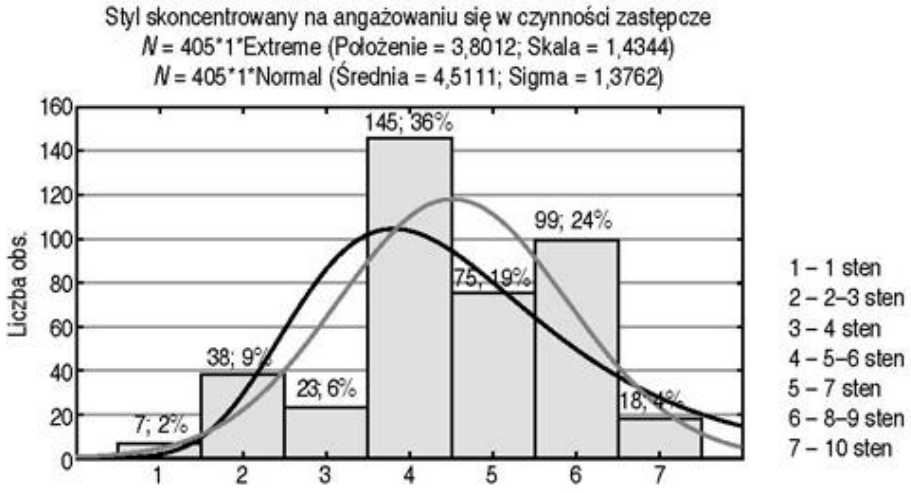
W przypadku stylu skoncentrowanego na unikaniu, podobnie jak w analizach dotyczących stylu skoncentrowanego na zadaniu, obserwuje się największy udział wyników z przedziału wyników przeciętnych (5 i 6 sten) – 35% w próbie. Biorąc jednak pod uwagę stosunek wartości niższych niż przeciętne do wyższych niż przeciętne, należy stwierdzić, iż w próbie dominują te świadczące o większym udziale stylu skoncentrowanego na unikaniu w pokonywaniu stresu przez osoby z uszkodzonym słuchem. Łącznie wyniki podwyższone, wysokie i bardzo wysokie uzyskuje 42% respondentów, przy 22% uzyskujących wyniki obniżone, niskie i bardzo niskie (wykres 21).

Wykres 21. Zestawienie wyników przeliczonych ogółem dla stylu skoncentrowanego na unikaniu.

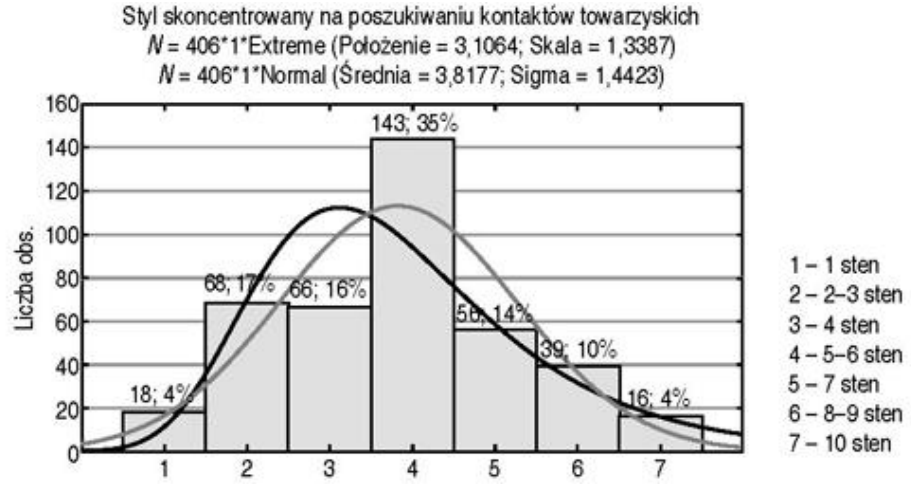


Analizując dane dotyczące podstylów stylu skoncentrowanego na unikaniu, zauważa się większy udział w radzeniu sobie ze stresem angażowania się w czynności zastępcze niż poszukiwania kontaktów towarzyskich. Wyniki podwyższone, wysokie i bardzo wysokie ma tu 47% badanych, przy 36% osiągających poziom przeciętny i 17% uzyskujących wartości niższe niż przeciętne. Udział wyników przeciętnych dominuje w podstylu poszukiwanie kontaktów towarzyskich; wartości wyższe niż przeciętne osiąga 28% badanych, a niższe 47%. Stwierdza się zatem, iż w badanej próbie dominuje podstyl ukierunkowany bardziej na angażowanie się w czynności zastępcze niż na poszukiwanie kontaktów towarzyskich (wykresy 22–23).

Wykres 22. Zestawienie wyników przeliczonych ogółem dla stylu skoncentrowanego na angażowaniu się w czynności zastępcze.



Wykres 23. Zestawienie wyników przeliczonych ogółem dla stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich.



6.2. Wyniki badań w podziale według zmiennej płeć

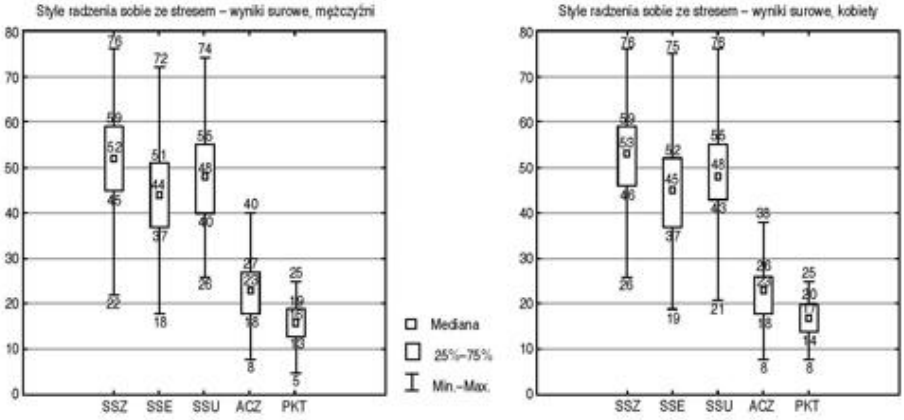
W analizach wyników badań uwzględniono podział wyników według zmiennej płeć. Wyniki surowe ukazują, iż kobiety uzyskują nieco wyższe wartości średnich dla stylu skoncentrowanego na zadaniu i na emocjach, natomiast mężczyźni – dla stylu skoncentrowanego na unikaniu, angażowaniu się w czynności zastępcze oraz poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Poziom median w stylach skoncentrowanym na unikaniu oraz skoncentrowanym na angażowaniu się w czynności zastępcze był równy w obu grupach, w stylu skoncentrowanym na zadaniu i emocjach okazał się wyższy w próbie kobiet, a w przypadku poszukiwania kontaktów towarzyskich – w próbie mężczyzn. Minimalne i maksymalne wartości oraz dolny i górny kwartyl były porównywalne w próbach, przy czym nieco większa rozpiętość i niższe wartości minimalne oraz mniejszą wartość wariancji notuje się w próbie kobiet dla stylu skoncentrowanego na unikaniu. Zakres wartości nieodstających oraz koncentracja wyników wokół średnich były porównywalne w próbach. Nieco większe odchylenia od średniej zostały stwierdzone w próbie mężczyzn dla stylów skoncentrowanego na zadaniu i skoncentrowanego na unikaniu oraz nieco większe w próbie kobiet dla stylu skoncentrowanego na emocjach. Wartości skośności i kurtyczności zbioru danych oscylują w przedziałach bliskich zeru, można stwierdzić, że w obu grupach rozkłady danych zbliżone są do normalnego (tabela 79, wykres 24).

Tabela 79. Wyniki surowe dla stylów radzenia sobie ze stresem w podziale według zmiennej płeć

Styl	*M*	*Me*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	SD^2	*SKE*	*K*
Mężczyźni, *N* ważnych = 193										
Skoncentrowany na zadaniu	51,52	52,00	22,00	76,00	45,00	59,00	10,10	101,97	–0,27	–0,19
Skoncentrowany na emocjach	44,02	44,00	18,00	72,00	37,00	51,00	10,70	114,45	0,02	–0,07
Skoncentrowany na unikaniu	48,28	48,00	26,00	74,00	40,00	55,00	10,44	109,05	0,06	–0,39
Skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	22,82	23,00	8,00	40,00	18,00	27,00	6,44	41,53	0,13	–0,39
Skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	16,13	16,00	5,00	25,00	13,00	19,00	4,20	17,66	–0,15	–0,35
Kobiety, *N* ważnych = 213										
Skoncentrowany na zadaniu	52,58	53,00	26,00	76,00	46,00	59,00	9,93	98,62	–0,07	0,13
Skoncentrowany na emocjach	44,81	45,00	19,00	75,00	37,00	52,00	11,34	128,66	0,09	–0,29
Skoncentrowany na unikaniu	48,11	48,00	21,00	76,00	43,00	55,00	9,43	88,93	–0,22	0,02
Skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	21,86	23,00	8,00	38,00	18,00	26,00	6,14	37,72	–0,30	–0,27
Skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	17,16	17,00	8,00	25,00	14,00	20,00	4,11	16,88	–0,08	–0,62

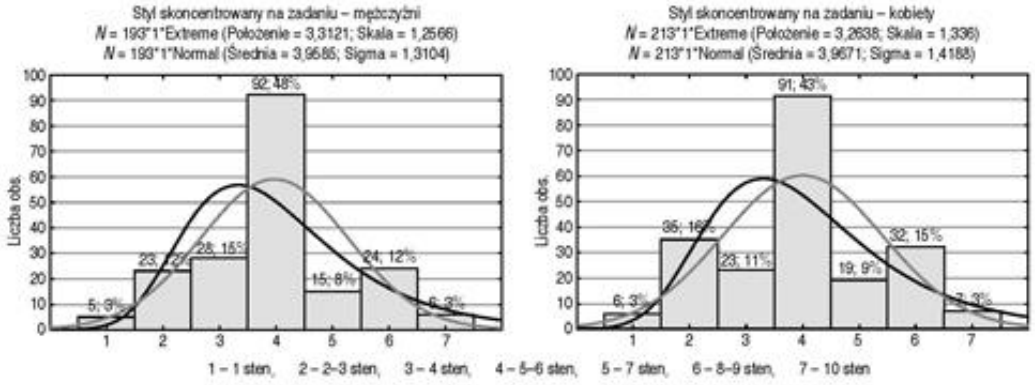
SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze; PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

Wykres 24. Zestawienie wyników surowych dla stylów radzenia sobie ze stresem w podziale według płci.



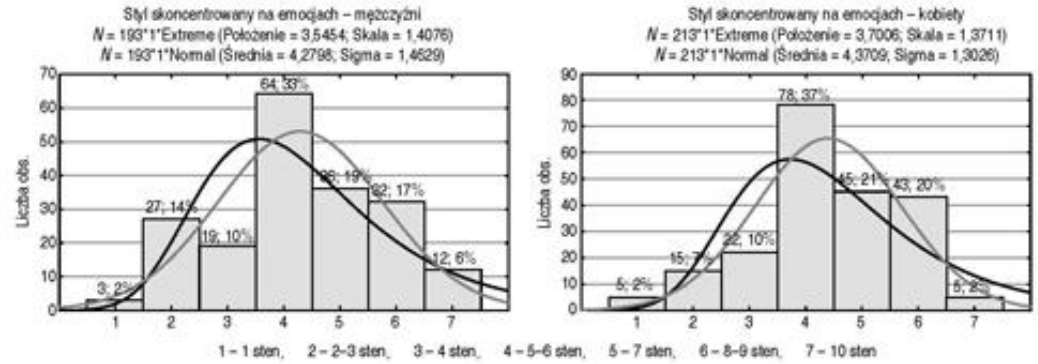
Biorąc pod uwagę wyniki przeliczone dla stylu skoncentrowanego na zadaniu, zauważa się dominację stenów 5 i 6, co świadczy o przeciętnym poziomie koncentracji na rozwiązaniu problemu w obu próbach. Zestawiając odsetek wyników powyżej przeciętnych oraz poniżej przeciętnych, stwierdza się ich równowagę na poziomie ok. 30% w próbie kobiet i nieznaczną (7%) przewagę wyników poniżej przeciętnych nad wynikami powyżej przeciętnych w próbie mężczyzn. Uznaje się, iż rozkład wyników jest porównywalny w próbie mężczyzn i kobiet. Badani z obu podgrup przejawiają umiarkowany poziom stylu ukierunkowanego na problem, na podejmowanie aktywności w chwili pojawienia się stresu (wykres 25).

Wykres 25. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu skoncentrowanego
na zadaniu w podziale według płci.


Styl skoncentrowany na zadaniu – mężczyźni
N = 193*1*Extreme (Położenie = 3,3121; Skala = 1,2566)
N = 193*1*Normal (Średnia = 3,9585; Sigma = 1,3104)
Liczba obs.
92; 48%
28; 15%
24; 12%
15; 8%
5; 3%
6; 3%
Styl skoncentrowany na zadaniu – kobiety
N = 213*1*Extreme (Położenie = 3,2638; Skala = 1,336)
N = 213*1*Normal (Średnia = 3,9671; Sigma = 1,4188)
Liczba obs.
91; 43%
35; 16%
23; 11%
32; 15%
19; 9%
6; 3%
7; 3%
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

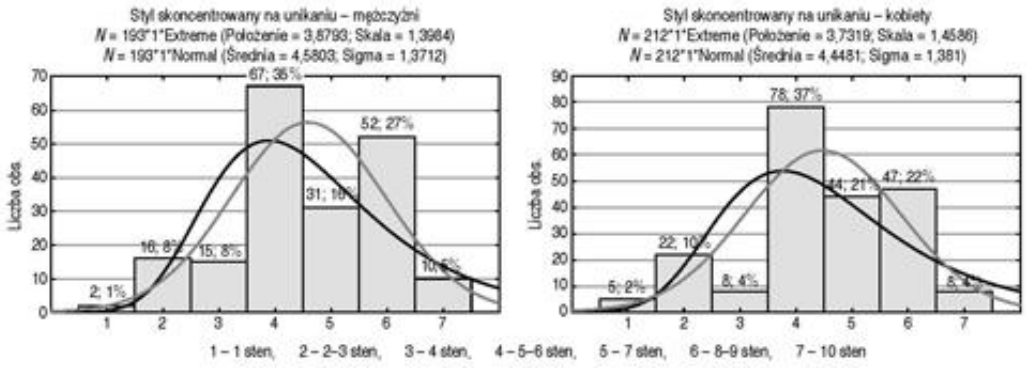
Rozpatrując wyniki przeliczone w podziale ze względu na płeć w kontekście stylu skoncentrowanego na emocjach, zauważa się bardzo podobne ich rozkłady. W obu próbach wyniki powyżej przeciętnych dominują, osiągając odsetek 42% w grupie mężczyzn i 43% wśród kobiet, przy 33-procentowym u mężczyzn i 37-procentowym u kobiet udziale wyników przeciętnych oraz 26-procentowym u mężczyzn i 19-procentowym u kobiet udziale wyników poniżej przeciętnych. Zatem w obu próbach styl walki ze stresem jest dość mocno skoncentrowany na emocjach (wykres 26).

Wykres 26. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu skoncentrowanego na emocjach w podziale według płci.


Styl skoncentrowany na emocjach – mężczyźni
N = 193*1*Extreme (Położenie = 3,5454; Skala = 1,4076)
N = 193*1*Normal (Średnia = 4,2798; Sigma = 1,4629)
Liczba obs.
64; 33%
27; 14%
19; 10%
12; 6%
3; 2%
Styl skoncentrowany na emocjach – kobiety
N = 213*1*Extreme (Położenie = 3,7006; Skala = 1,3711)
N = 213*1*Normal (Średnia = 4,3709; Sigma = 1,3026)
Liczba obs.
78; 37%
45; 21%
43; 20%
22; 10%
15; 7%
5; 2%
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

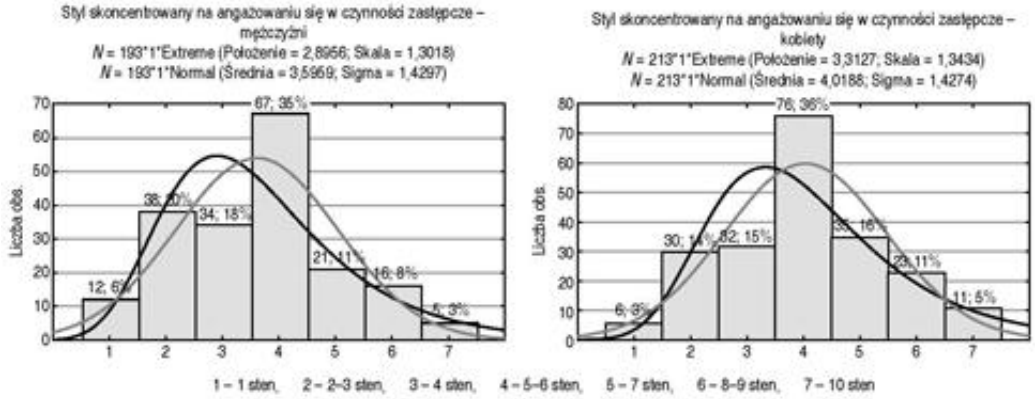
Wyniki badań nad udziałem w walce ze stresem stylu unikowego przeliczone w próbach według płci pokazują, iż zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet jego dominacja jest wyraźna. Wyniki powyżej przeciętnych uzyskuje tu 48% mężczyzn i 47% kobiet, poniżej przeciętnych – 17% mężczyzn i 16% kobiet, przy 35-procentowym u mężczyzn i 37-procentowym u kobiet udziale wyników przeciętnych. Zatem w próbach zróżnicowanych ze względu na płeć wyraźnie zaznacza się ukierunkowanie stylu radzenia sobie ze stresem w stronę unikania podejmowania aktywności, odpowiedzialności, wypierania problemu (wykres 27).

Wykres 27. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu skoncentrowanego na unikaniu w podziale według płci.


Styl skoncentrowany na unikaniu – mężczyźni
N = 193*1*Extreme (Położenie = 3,8793; Skala = 1,3984)
N = 193*1*Normal (Średnia = 4,5803; Sigma = 1,3712)
Liczba obs.
2; 1%
16; 8%
15; 8%
67; 35%
31; 16%
52; 27%
10; 5%
Styl skoncentrowany na unikaniu – kobiety
N = 212*1*Extreme (Położenie = 3,7319; Skala = 1,4586)
N = 212*1*Normal (Średnia = 4,4481; Sigma = 1,381)
Liczba obs.
5; 2%
22; 10%
8; 4%
78; 37%
44; 21%
47; 22%
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

Biorąc pod uwagę dwa podstyle stylu unikowego, zauważa się, iż w próbie mężczyzn działania w sytuacjach stresowych nie są ukierunkowywane na angażowanie się w czynności zastępcze. Wyniki poniżej przeciętnych uzyskuje tu 44% respondentów, przy 27% wyników powyżej przeciętnych i 35% wyników przeciętnych. W próbie kobiet dominują wyniki z poziomu przeciętnych i stwierdza się równoliczność na poziomie 32% wyników powyżej i poniżej przeciętnych. Obserwuje się zatem, iż mężczyźni przejawiają styl słabo skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze, natomiast kobiety w obliczu stresu przeciętnie angażują się w inne czynności (wykres 28).

Wykres 28. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu skoncentrowanego na angażowaniu się w czynności zastępcze w podziale według płci.


Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze – mężczyźni
N = 193*1*Extreme (Położenie = 2,8956; Skala = 1,3018)
N = 193*1*Normal (Średnia = 3,5969; Sigma = 1,4297)
Liczba obs.
67; 35%
38; 20%
34; 18%
21; 11%
16; 8%
12; 6%
5; 3%
Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze – kobiety
N = 213*1*Extreme (Położenie = 3,3127; Skala = 1,3434)
N = 213*1*Normal (Średnia = 4,0188; Sigma = 1,4274)
Liczba obs.
76; 36%
32; 15%
30; 14%
35; 16%
23; 11%
11; 5%
6; 3%
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

Wyniki badań nad udziałem w walce ze stresem stylu unikowego skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich pokazują, iż zarówno w próbie kobiet, jak i wśród mężczyzn jest on stosunkowo niewielki: 54% wyników poniżej przeciętnych w próbie mężczyzn i 49% w próbie kobiet, 29% z poziomu przeciętnych dla mężczyzn i 34% dla kobiet oraz zaledwie 17% powyżej przeciętnych w próbie mężczyzn i 16% w próbie kobiet pozwala na stwierdzenie, iż w walce z trudnościami działania obu grup słabo koncentrują się na poszukiwaniu towarzystwa innych (wykres 29).

Poszukując odpowiedzi na pytanie, czy zmienna płeć różnicuje wyniki badań nad stylami radzenia sobie w sytuacjach trudnych, zastosowano analizę wariancji (ANOVA). Do analizy *post hoc* użyto testu Tukeya dla różnych *N*. Wyniki testu pozwalają stwierdzić, iż płeć różnicuje wyniki badań nad stylami radzenia sobie ze stresem [Lambda Wilksa = 0,96, $F(5, 400) = 3,27$, $p = 0,007$]. W analizach *post hoc* odnajduje się silny, istotny statystycznie związek pomiędzy płcią a stylem skoncentrowanym na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Mężczyźni istotnie słabiej koncentrują swoje działania na tym stylu niż kobiety (tabela 80).

Wykres 29. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich w podziale według płci.

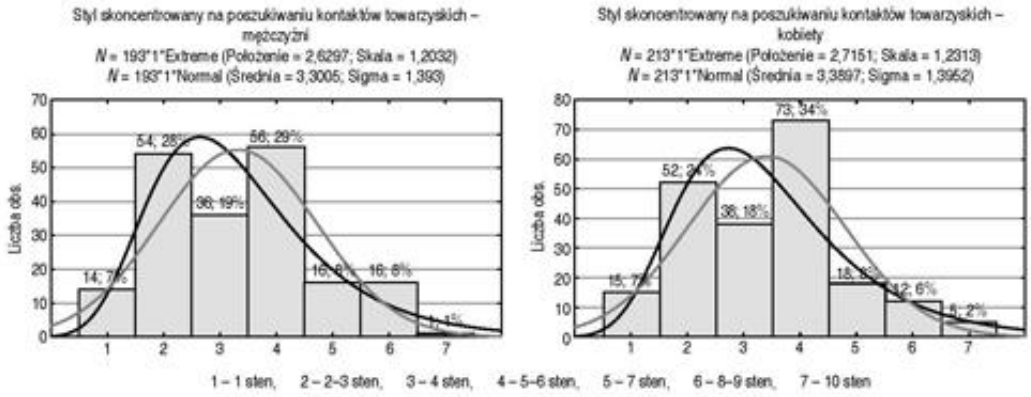

Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich – mężczyźni
N = 193*1*Extreme (Położenie = 2,6297; Skala = 1,2032)
N = 193*1*Normal (Średnia = 3,3005; Sigma = 1,393)
Liczba obs.
14; 7%
54; 28%
36; 19%
56; 29%
16; 8%
16; 8%
Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich – kobiety
N = 213*1*Extreme (Położenie = 2,7151; Skala = 1,2313)
N = 213*1*Normal (Średnia = 3,3897; Sigma = 1,3952)
Liczba obs.
15; 7%
52; 24%
38; 18%
73; 34%
18; 8%
12; 6%
5; 2%
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

Tabela 80. Zestawienie różnic międzygrupowych dla stylów radzenia sobie ze stresem w próbie różnicowanej zmienną płeć

Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich		
M	{1} 16,13	{2} 17,16
Płeć m (1)		0,014*
Płeć k (2)	0,014*	
MS międzygrupowe	= 17,25	
df	404	

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

6.3. Wyniki badań w podziale według zmiennej wiek

Wyniki badań w podziale według zmiennej wiek ukazują, iż średnie dla stylów skoncentrowanego na emocjach oraz skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich są porównywalne w grupach, choć w próbie starszej notuje się tu wyższą wartość mediany niż w próbie młodszej dla stylu skoncentrowanego na emocjach i odwrotnie dla stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Rozrzut wyników jest podobny, przy nieco innych wartościach maksymalnych i minimalnych oraz większym odchyleniu standardowym w próbie starszej. Wśród osób młodszych zauważa się znacznie większą koncentrację wyników wokół średniej/mediany niż wśród starszych. Dla stylu skoncentrowanego na zadaniu notuje się wyższą wartość średniej oraz mediany w próbie osób w wieku młodzieńczym. Próba ta cechuje się także nieco mniejszym rozrzutem wyników – w szczególności w zakresie dolnych wartości nieodstających. Odchylenie standardowe oraz wartość wariancji są większe w grupie osób w wieku wczesnej dorosłości. Dla stylu skoncentrowanego na unikaniu notuje się zdecydowanie wyższe wartości średniej oraz mediany, większy rozrzut wyników przy mniejszych wartościach górnego i dolnego kwartyla oraz nieco wyższej wartości wariancji w próbie młodszej. W grupie młodszej wyższe są średnia i mediana dla podstylu angażowanie się w czynności zastępcze, obserwuje się tu nieco większy zakres wartości nieodstających, wyższe wartości dolnego i górnego kwartyla niż w grupie starszej. Pozostałe wartości są porównywalne w grupach, wartość kurtozy i skośności pozwala stwierdzić, iż rozkłady wyników w podgrupach wyodrębnionych

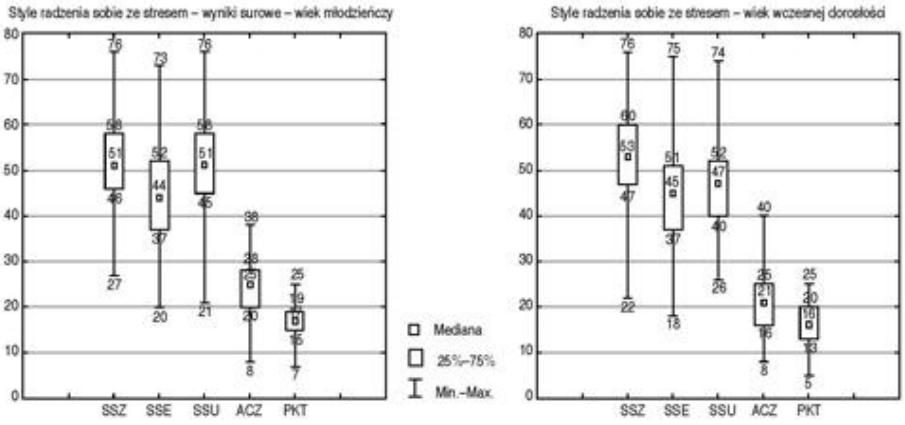
według kryterium wiekowego i w kontekście skal kwestionariusza zbliżają się do normalnego (tabela 81, wykres 30).

Tabela 81. Wyniki surowe dla stylów radzenia sobie ze stresem w podziale według zmiennej wiek

Styl	*M*	*Me*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	SD^2	*SKE*	*K*
Wiek młodzieńczy, *N* ważnych = 185										
Styl skoncentrowany na zadaniu	51,72	51,00	27,00	76,00	46,00	58,00	9,47	89,65	0,00	0,00
Skoncentrowany na emocjach	44,64	44,00	20,00	73,00	37,00	52,00	10,53	110,80	0,16	–0,29
Skoncentrowany na unikaniu	50,65	51,00	21,00	76,00	45,00	58,00	9,73	94,61	–0,32	0,13
Skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	23,92	25,00	8,00	38,00	20,00	28,00	6,09	37,06	–0,38	–0,07
Skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	16,98	17,00	7,00	25,00	15,00	19,00	3,99	15,95	–0,20	–0,33
Wiek wczesnej dorosłości, *N* ważnych = 221										
Styl skoncentrowany na zadaniu	52,37	53,00	22,00	76,00	47,00	60,00	10,46	109,37	–0,28	–0,02
Skoncentrowany na emocjach	44,25	45,00	18,00	75,00	37,00	51,00	11,46	131,42	0,01	–0,16
Skoncentrowany na unikaniu	46,13	47,00	26,00	74,00	40,00	52,00	9,61	92,37	0,12	–0,10
Skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	20,97	21,00	8,00	40,00	16,00	25,00	6,17	38,04	0,18	0,02
Skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	16,42	16,00	5,00	25,00	13,00	20,00	4,32	18,69	–0,04	–0,52

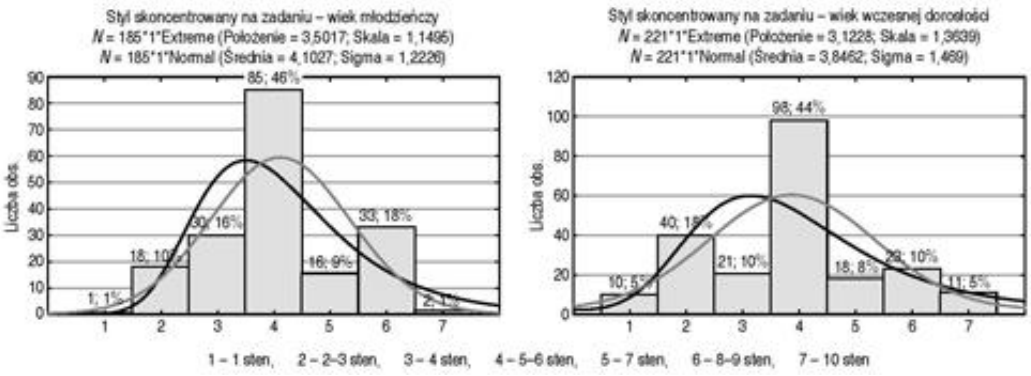
SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze; PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

Wykres 30. Zestawienie wyników surowych dla stylów radzenia sobie ze stresem w podziale według wieku.



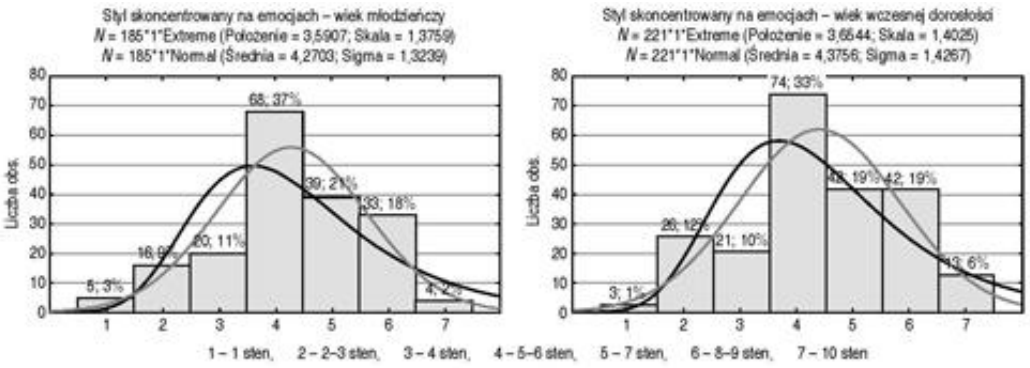
Dokonując zestawienia i analizy wyników dla stylów radzenia sobie ze stresem z uwzględnieniem kryterium wiekowego, zauważa się, iż wyniki prób młodszej i starszej są bardzo podobne. Przeważają te świadczące o przeciętnym poziomie stresu (odpowiednio 46% i 44% respondentów prób uzyskuje taki wynik), rezultaty poniżej przeciętnych uzyskuje 27% osób w wieku młodzieńczym i 33% w wieku wczesnej dorosłości, powyżej – odpowiednio 28% i 23%. Zatem w próbach zróżnicowanych ze względu na wiek udział stylu skoncentrowanego na zadaniu można określić jako przeciętny (wykres 31).

Wykres 31. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na zadaniu w podziale według wieku.


Styl skoncentrowany na zadaniu – wiek młodzieńczy
N = 185*1*Extreme (Położenie = 3,5017; Skala = 1,1495)
N = 185*1*Normal (Średnia = 4,1027; Sigma = 1,2226)
Styl skoncentrowany na zadaniu – wiek wczesnej dorosłości
N = 221*1*Extreme (Położenie = 3,1228; Skala = 1,3639)
N = 221*1*Normal (Średnia = 3,8462; Sigma = 1,469)
Liczba obs.
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

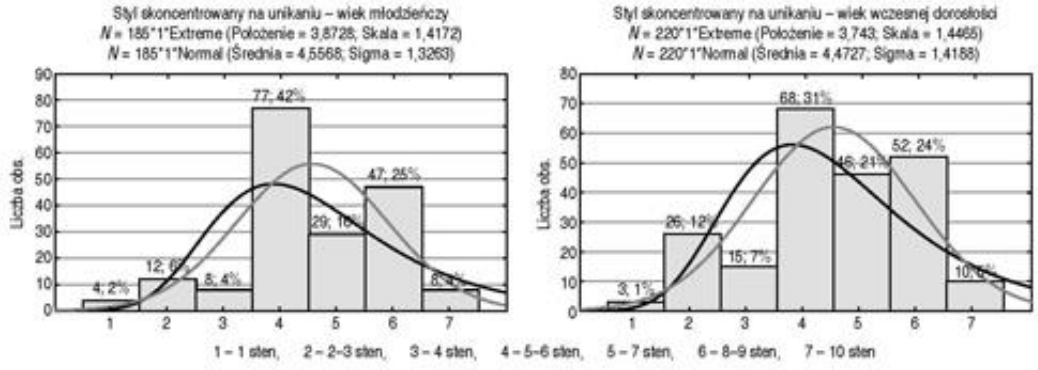
Biorąc pod uwagę styl skoncentrowany na emocjach, zauważa się, iż wyniki obu podgrup przesunięte są w stronę wartości wyższych niż przeciętne, przy czym trend ten mocniej zaznacza się wśród osób w wieku wczesnej dorosłości (44% próby uzyskuje wynik wyższy niż przeciętny, przy 33-procentowym udziale wyników przeciętnych i 23-procentowym poniżej przeciętnych). W próbie młodszej wynik powyżej przeciętnych uzyskuje 41%, przy 37% uzyskujących wyniki przeciętne. Wyniki poniżej przeciętnych w próbie w wieku młodzieńczym uzyskuje 23% respondentów. Można zatem przyjąć, iż w obu próbach badani mocno ukierunkowują styl radzenia sobie ze stresem na emocje (wykres 32).

Wykres 32. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na emocjach w podziale według wieku.


Styl skoncentrowany na emocjach – wiek młodzieńczy
N = 185*1*Extreme (Położenie = 3,5907; Skala = 1,3759)
N = 185*1*Normal (Średnia = 4,2703; Sigma = 1,3239)
Liczba obs.
5; 3%
16; 9%
20; 11%
68; 37%
39; 21%
33; 18%
4; 2%
Styl skoncentrowany na emocjach – wiek wczesnej dorosłości
N = 221*1*Extreme (Położenie = 3,6644; Skala = 1,4025)
N = 221*1*Normal (Średnia = 4,3756; Sigma = 1,4267)
3; 1%
26; 12%
21; 10%
74; 33%
42; 19%
13; 6%
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

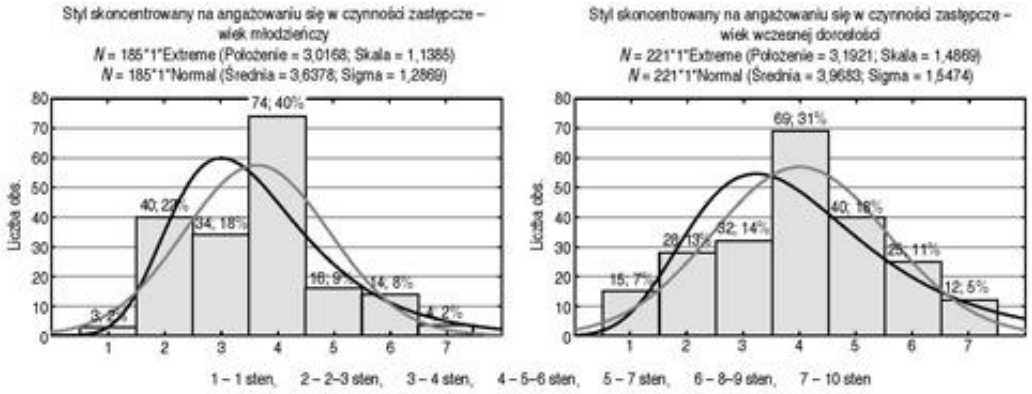
Rozpatrując rozkład wyników badań w kontekście stylu skoncentrowanego na unikaniu w podziale według kryterium wieku zauważa się, iż w obu grupach wyniki badań mocno przesunięte są w stronę powyżej przeciętnych. Takie rezultaty uzyskuje 45% próby młodszej oraz 50% próby starszej, przy czym wyniki poniżej przeciętnych uzyskuje odpowiednio 12% młodszych osób oraz 20% starszych, przy odpowiednio dla grup 42-procentowym i 31-procentowym udziale wyników przeciętnych. Zatem w sytuacjach stresowych osoby z obu podgrup dość mocno ukierunkowują styl rozwiązywania problemów na unikanie (wykres 33).

Wykres 33. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na unikaniu w podziale według wieku.


Styl skoncentrowany na unikaniu – wiek młodzieńczy
N = 185*1*Extreme (Położenie = 3,8728; Skala = 1,4172)
N = 185*1*Normal (Średnia = 4,5568; Sigma = 1,3263)
Liczba obs.
4; 2%
12; 6%
8; 4%
77; 42%
29; 16%
47; 25%
8; 4%
Styl skoncentrowany na unikaniu – wiek wczesnej dorosłości
N = 220*1*Extreme (Położenie = 3,743; Skala = 1,4465)
N = 220*1*Normal (Średnia = 4,4727; Sigma = 1,4188)
Liczba obs.
3; 1%
26; 12%
15; 7%
68; 31%
46; 21%
52; 24%
10; 5%
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

Analizując dwa podstyle stylu unikowego – angażowanie się w czynności zastępcze oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich – zauważa się, iż badani w wieku młodzieńczym stosunkowo słabo ukierunkowują styl walki ze stresem na angażowanie się w inne aktywności – 41% próby uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, 40% przeciętne, a 19% powyżej przeciętnych. W próbie osób w wieku wczesnej dorosłości występuje bardzo symetryczny rozkład wyników przeciętnych, powyżej i poniżej przeciętnych (ok. 33% dla każdego zakresu). Można zatem założyć, iż istnieje poza wiekiem inny czynnik determinujący ukierunkowywanie działania w obliczu stresu na czynności zastępcze (wykres 34).

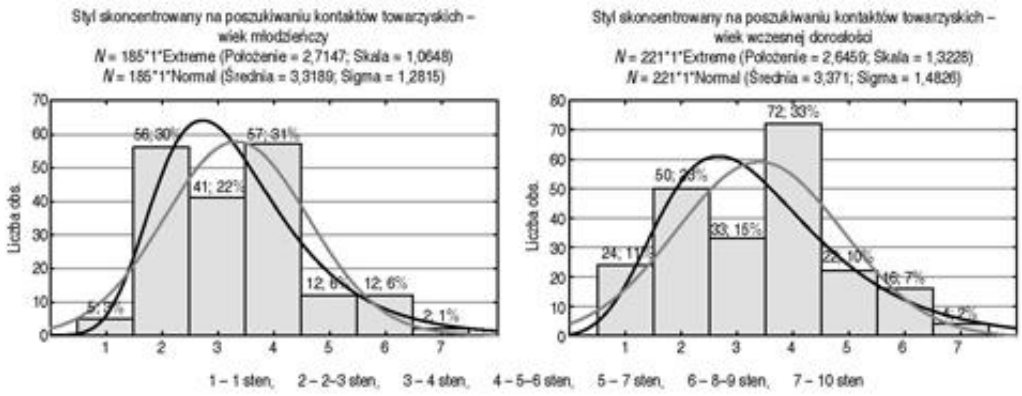
Wykres 34. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na angażowaniu się w czynności zastępcze w podziale według wieku.


Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze – wiek młodzieńczy
N = 185*1"Extreme (Położenie = 3,0168; Skala = 1,1385)
N = 185*1"Normal (Średnia = 3,6378; Sigma = 1,2869)
Liczba obs.
74; 40%
40; 22%
34; 18%
16; 9%
14; 8%
4; 2%
Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze – wiek wczesnej dorosłości
N = 221*1"Extreme (Położenie = 3,1921; Skala = 1,4869)
N = 221*1"Normal (Średnia = 3,9683; Sigma = 1,5474)
Liczba obs.
69; 31%
40; 18%
32; 14%
28; 13%
25; 11%
15; 7%
12; 5%
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

Podejmując natomiast rozważania nad drugim podstylem stylu unikowego – poszukiwaniem kontaktów towarzyskich – można stwierdzić, iż rezultaty poniżej wartości przeciętnych uzyskuje w próbie osób w wieku młodzieńczym 55%, a w próbie osób starszych – 49%, przy wynikach powyżej przeciętnych uzyskiwanych odpowiednio przez 13% i 19% oraz przeciętnych – przez 31% i 33% (wykres 35).

Podsumowując rozważania nad stylem skoncentrowanym na unikaniu, można stwierdzić, że dominuje on w obu grupach, jednak nie można przyjąć, iż polega na angażowaniu się w czynności zastępcze czy poszukiwaniu kontaktów towarzyskich.

Wykres 35. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich w podziale według wieku.


Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich – wiek młodzieńczy
N = 185*1*Extreme (Położenie = 2,7147; Skala = 1,0648)
N = 185*1*Normal (Średnia = 3,3189; Sigma = 1,2815)
Liczba obs.
56; 30%
57; 31%
41; 22%
12; 6%
12; 6%
2; 1%
Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich – wiek wczesnej dorosłości
N = 221*1*Extreme (Położenie = 2,6459; Skala = 1,3228)
N = 221*1*Normal (Średnia = 3,371; Sigma = 1,4826)
Liczba obs.
72; 33%
50; 23%
33; 15%
24; 11%
22; 10%
16; 7%
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

Dokonując analizy związków pomiędzy wiekiem badanych a ukierunkowaniem walki ze stresem na wyróżnione narzędziem style, przeprowadzono analizę wariancji (ANOVA), a do analiz *post hoc* użyto testu Tukeya dla różnych *N*. Wyniki badań jednoznacznie świadczą o tym, iż wiek istotnie mocno różnicuje sposoby walki ze stresem [Lambda Wilksa = 0,93, $F(5, 400) = 6,15$, $p = 0,000$]. Istnieją dwa silne związki statystyczne pomiędzy wiekiem a stylem ukierunkowanym na unikanie oraz angażowanie się w czynności zastępcze. Badania wskazują na to, iż osoby w wieku młodzieńczym istotnie mocniej ukierunkowują swoje działania na unikanie i istotnie mocniej angażują się w czynności zastępcze niż osoby w wieku wczesnej dorosłości (tabela 82).

Tabela 82. Zestawienie różnic międzygrupowych dla stylów radzenia sobie ze stresem w próbie różnicowanej zmienną wiek

Styl skoncentrowany na unikaniu			
M	{1} 50,65		{2} 46,13
Wiek młodzieńczy (1)			0,000***
Wiek wczesnej dorosłości (2)	0,000***		
MS międzygrupowe		= 93,39	
Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze			
	{1} 23,92		{2} 20,97
Wiek młodzieńczy (1)			0,000***
Wiek wczesnej dorosłości (2)	0,000***		
MS międzygrupowe		= 37,59	
df		404	

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

6.4. Wyniki badań w podziale według zmiennej miejsce zamieszkania

Wyniki badań nad stylami radzenia sobie ze stresem w podziale według kryterium miejsce zamieszkania pokazują, iż udział w przezwyciężaniu stresu stylu skoncentrowanego na zadaniu osiąga coraz mniejszą wartość średnich i mediany kolejno od dużych miast poprzez małe miasta i wsie. W dużych miastach obserwuje się mniejszy rozrzut wyników badań, ale też ich największą wariancję, natomiast we wsiach największą koncentrację wokół średniej. Najmniejsze odchylenie standardowe można odnotować w przypadku badanych pochodzących z małych miast. Średnia w stylu skoncentrowanym na emocjach rośnie odwrotnie niż w stylu skoncentrowanym na zadaniu (jest w zależności od miejsca zamieszkania – w kolejności: duże miasto, małe miasto, wieś – coraz wyższa), przy podobnym odchyleniu standardowym w próbach. Mediana ma taką samą wartość w grupach osób z małych miast i wsi, niższą w próbie osób pochodzących z dużych miast. Wartości minimalne i maksymalne oraz koncentracja wyników wokół średniej są porównywalne w próbach. Najwyższe zróżnicowanie wyników w stylu skoncentrowanym na emocjach obserwuje się w grupie osób pochodzących ze wsi, najmniejsze – wśród badanych z małych miast. W stylu skoncentrowanym na unikaniu najwyższą średnią i medianę notuje się w próbie osób z dużych miast, podobne wyniki uzyskują badani ze wsi i małych miast. Zakres wartości nieodstających i zróżnicowanie wyników są największe wśród respondentów z dużych miast. Dla stylu skoncentrowanego na angażowaniu się w czynności zastępcze obserwuje się porównywalne wartości średnich i median. Zakres wartości nieodstających jest podobny w próbach, nieco wyższy górny zakres występuje w próbie pochodzącej ze wsi niż w

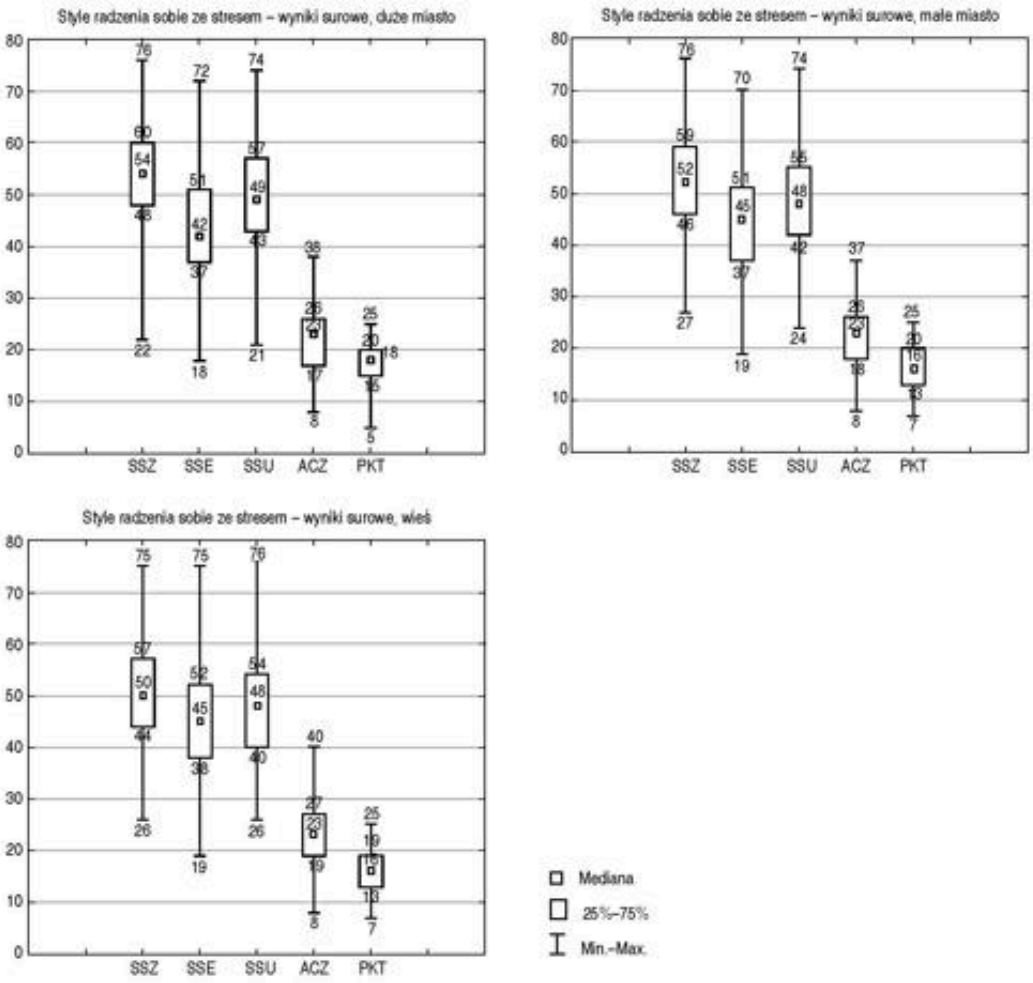
pozostałych. Najmniejszy rozrzut wyników notuje się dla próby pochodzącej ze wsi. W stylu skoncentrowanym na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich obserwuje się najwyższy poziom średniej i mediany dla próby pochodzącej z dużych miast. Zakres wartości nieodstających jest porównywalny w próbach pochodzących z małych miast i wsi, nieco większy dla wyników grupy z dużych miast. Najmniejszy rozrzut jest w grupie pochodzącej ze wsi, największy – w grupie badanych z dużych miast. Wartości skośności i kurtozy zamykają się w zakresie od –1 do +1, co pozwala twierdzić, iż rozkłady wyników wszystkich stylów są zbliżone do normalnych (tabela 83, wykres 36).

Tabela 83. Wyniki surowe dla stylów radzenia sobie ze stresem w podziale według zmiennej miejsce zamieszkania

Styl	*M*	*Me*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	SD^2	*SKE*	*K*
Duże miasto, *N* ważnych = 142										
Skoncentrowany na zadaniu	53,59	54,00	22,00	76,00	48,00	60,00	10,43	108,77	–0,23	0,15
Skoncentrowany na emocjach	43,51	42,00	18,00	72,00	37,00	51,00	11,25	126,62	–0,13	–0,43
Skoncentrowany na unikaniu	49,04	49,00	21,00	74,00	43,00	57,00	10,14	102,87	–0,29	–0,27
Skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	22,24	23,00	8,00	38,00	17,00	26,00	6,41	41,12	0,02	–0,29
Skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	17,39	18,00	5,00	25,00	15,00	20,00	4,39	19,26	–0,49	0,07
Małe miasto, *N* ważnych = 125										
Skoncentrowany na zadaniu	52,40	52,00	27,00	76,00	46,00	59,00	9,32	86,90	–0,16	0,08
Skoncentrowany na emocjach	44,28	45,00	19,00	70,00	37,00	51,00	10,17	103,49	0,14	–0,33
Skoncentrowany na unikaniu	47,74	48,00	24,00	74,00	42,00	55,00	9,78	95,58	–0,04	–0,14
Skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	22,10	23,00	8,00	37,00	18,00	26,00	6,31	39,78	–0,24	–0,50
Skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	16,42	16,00	7,00	25,00	13,00	20,00	4,17	17,37	0,03	–0,82
Wieś, *N* ważnych = 139										
Skoncentrowany na zadaniu	50,24	50,00	26,00	75,00	44,00	57,00	9,96	99,11	–0,15	–0,22
Skoncentrowany na emocjach	45,50	45,00	19,00	75,00	38,00	52,00	11,53	132,93	0,19	–0,04
Skoncentrowany na unikaniu	47,73	48,00	26,00	76,00	40,00	54,00	9,81	96,23	0,14	0,04
Skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	22,60	23,00	8,00	40,00	19,00	27,00	6,21	38,52	0,00	0,01
Skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	16,17	16,00	7,00	25,00	13,00	19,00	3,89	15,14	0,12	–0,39

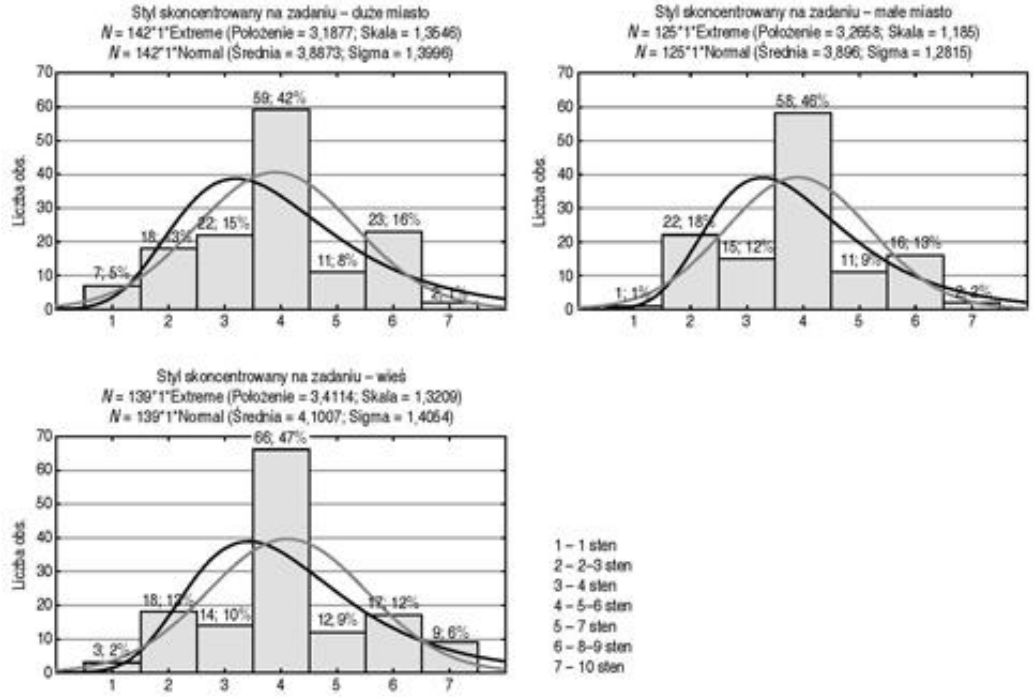
SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze; PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

Wykres 36. Zestawienie wyników surowych dla stylów radzenia sobie ze stresem w podziale według miejsca zamieszkania.



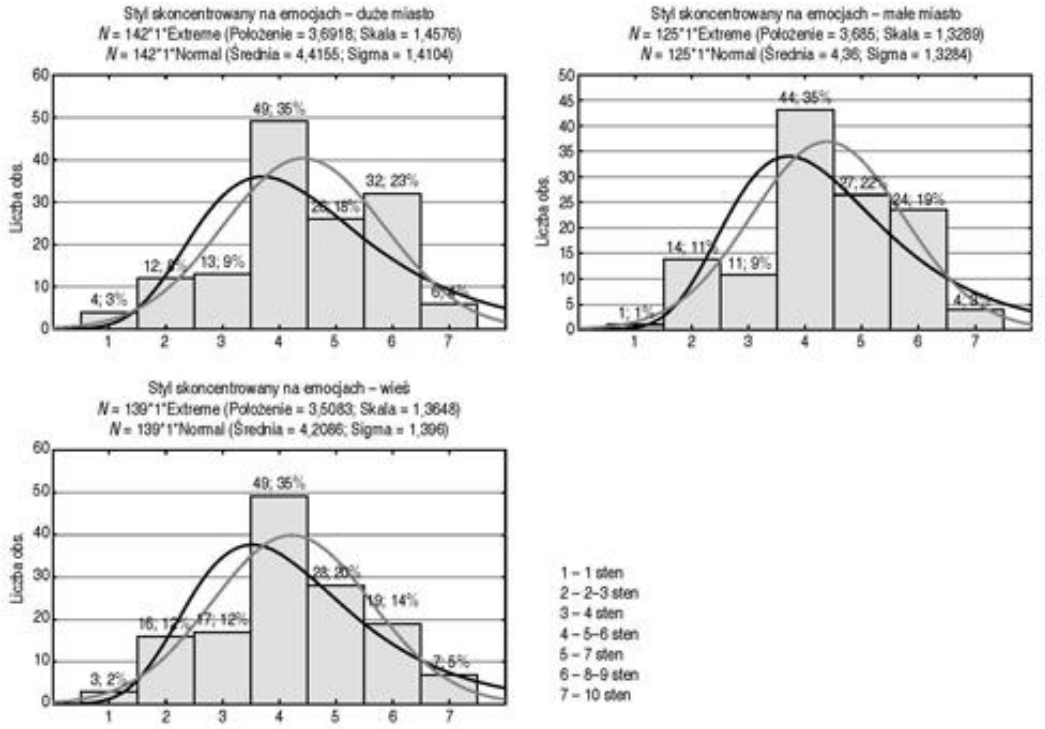
Wyniki badań przeliczonych dla stylu skoncentrowanego na zadaniu pokazują, iż we wszystkich grupach dominują wartości przeciętne (steny 5 i 6). Poziom taki osiąga odpowiednio 42% respondentów pochodzących z dużych miast, 46% pochodzących z małych miast i 47% badanych ze wsi. Istnieje relatywna równowaga wyników wyższych i niższych niż przeciętne – wynoszą 24–30% we wszystkich trzech grupach (wykres 37). Przyjmuje się zatem, iż osoby pochodzące z dużych miast, małych miast i wsi w walce ze stresem przeciętnie wykorzystują styl skoncentrowany na zadaniu.

Wykres 37. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na zadaniu w podziale według miejsca zamieszkania.



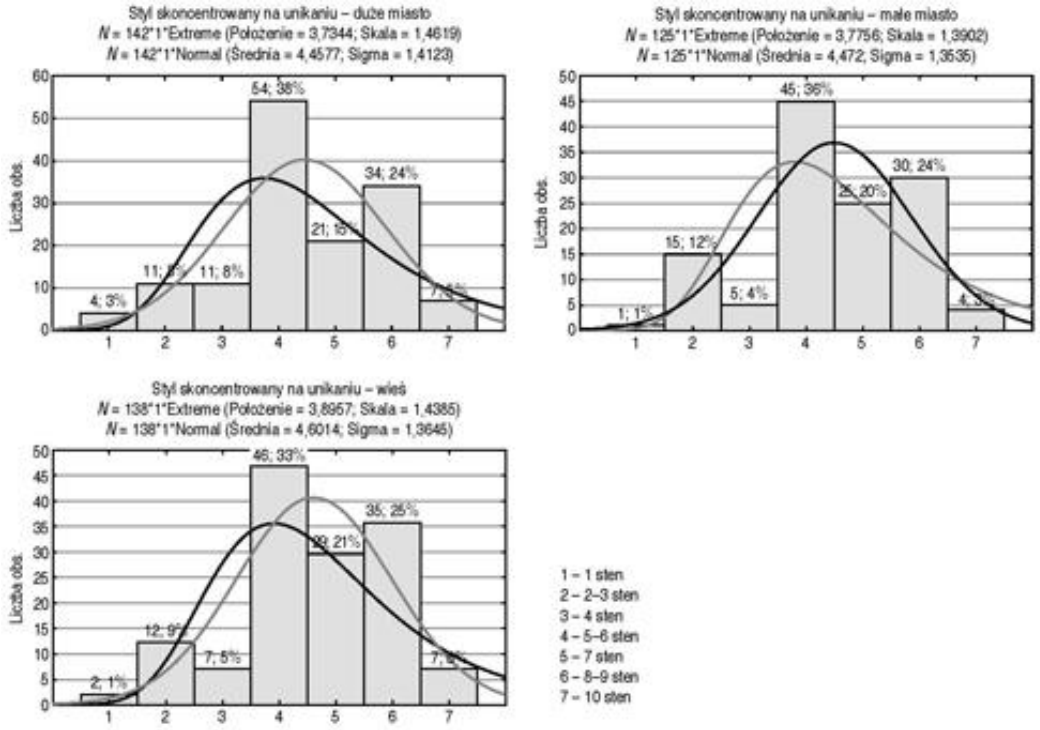
Biorąc pod uwagę wyniki przeliczone dla stylu skoncentrowanego na emocjach w podziale według kryterium, jakim jest miejsce zamieszkania, zauważa się, iż dominują we wszystkich grupach wartości powyżej przeciętnych. W próbie osób pochodzących z dużych miast wynik taki osiąga 45% respondentów, w próbie osób pochodzących z małych miast – 44%, a wśród badanych ze wsi – 39%, przy wynikach poniżej przeciętnych wynoszących odpowiednio 20%, 21% i 26% oraz przeciętnych we wszystkich grupach sięgających 35% (wykres 38). Zatem osoby badane ze wszystkich wyróżnionych ze względu na miejsce zamieszkania grup stosunkowo intensywnie przejawiają styl skoncentrowany na emocjach w walce ze stresem.

Wykres 38. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na emocjach w podziale według miejsca zamieszkania.



Rozpatrując rezultaty badań nad stylem skoncentrowanym na unikaniu, zauważa się wyraźne przesunięcie wyników wszystkich grup w stronę wartości wysokich. Dla stenów 8 i 9 notowane jest drugie maksimum (pierwsze maksimum obejmuje steny 5 i 6 – wyniki przeciętne), łącznie powyżej przeciętnych wyników rezultat uzyskuje 44% respondentów z dużych miast, 47% z małych miast i 51% ze wsi, przy wynikach niższych niż przeciętne dla 19% osób z dużych miast, 17% z małych miast i 15 % ze wsi oraz przeciętnych odpowiednio 38%, 36% i 33%. Można zatem domniemywać, iż w pokonywaniu trudności badani ze wszystkich grup w podziale według miejsca zamieszkania mocno ukierunkowują się w stronę stylu skoncentrowanego na unikaniu (wykres 39).

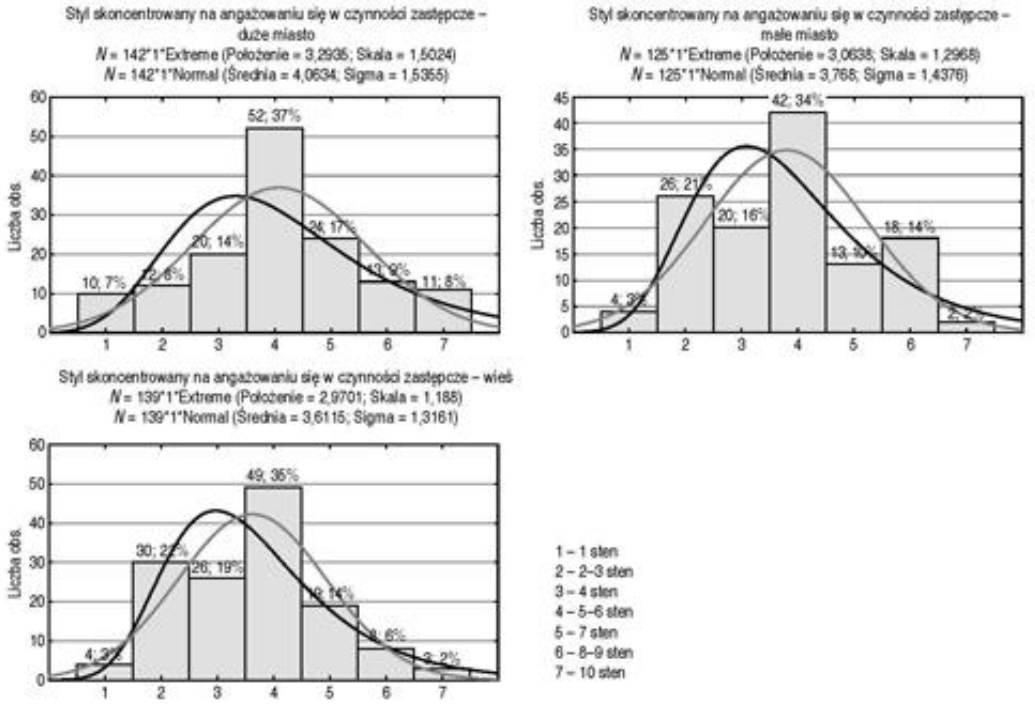
Wykres 39. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na unikaniu w podziale według miejsca zamieszkania.



Rozpatrując rozkłady wyników przeliczonych z uwzględnieniem miejsca zamieszkania oraz podstylu stylu unikowego polegającego na angażowaniu się w czynności zastępcze, zauważa się przewagę wyników świadczących o jego przeciętnym poziomie w próbie pochodzącej z dużych miast (37% badanych), przy względnej równowadze wyników powyżej (34%) i poniżej przeciętnych (29%). Przyjąć zatem można, iż osoby z dużych miast przeciętnie koncentrują walkę ze stresem na stylu związanym z poszukiwaniem zapomnienia i ulgi w pobocznej działalności. W próbie osób pochodzących z małych miast 40% respondentów uzyskało wyniki poniżej przeciętnych, a 26% – powyżej, przy 34% przeciętnych. Podobna sytuacja rysuje się w próbie osób pochodzących ze wsi. Dominują tu wyniki przesunięte w stronę wartości niskich: 44% respondentów uzyskuje wynik od 1 do 4 stenu, przy 35% wyników przeciętnych i 22% powyżej przeciętnych. Zakłada się zatem, iż istnieje tendencja w grupach

pochodzących z małych miast oraz ze wsi do unikania konfrontacji z problemem, ale niezbyt silnie związana z wykonywaniem czynności angażujących – odwracających uwagę (wykres 40).

Wykres 40. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na angażowaniu się w czynności zastępcze w podziale według miejsca zamieszkania.


Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze – duże miasto
N = 142*1*Extreme (Położenie = 3,2935; Skala = 1,5024)
N = 142*1*Normal (Średnia = 4,0634; Sigma = 1,5355)
Liczba obs.
10; 7%
52; 37%
20; 14%
24; 17%
11; 8%
Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze – małe miasto
N = 125*1*Extreme (Położenie = 3,0638; Skala = 1,2968)
N = 125*1*Normal (Średnia = 3,768; Sigma = 1,4376)
Liczba obs.
42; 34%
26; 21%
20; 16%
18; 14%
Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze – wieś
N = 139*1*Extreme (Położenie = 2,9701; Skala = 1,188)
N = 139*1*Normal (Średnia = 3,6115; Sigma = 1,3161)
Liczba obs.
49; 35%
30; 22%
26; 19%
1 – 1 sten
2 – 2–3 sten
3 – 4 sten
4 – 5–6 sten
5 – 7 sten
6 – 8–9 sten
7 – 10 sten

Analizując rozkład wartości wyników przeliczonych dla stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich, zauważa się we wszystkich trzech grupach jego niski poziom, dominację wyników z przedziału od 1 do 4 stenu nad wynikami powyżej przeciętnych i przeciętnymi, przy czym wyniki poniżej przeciętnych uzyskuje 46% badanych z dużych miast, 51% próby pochodzącej z małych miast oraz 59% respondentów ze wsi, przy jednoczesnym udziale wyników przeciętnych odpowiednio dla grup 33%, 31% i 31% oraz powyżej przeciętnych 21%, 18%, 11%. Przyjmuje się zatem, iż badani ze wszystkich grup w obliczu stresu przejawiają niski poziom stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich (wykres 41).

W celu rozstrzygnięcia kwestii istotności różnic wyników grup wyodrębnionych ze względu na miejsce zamieszkania zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA). Wykazała ona, iż zmienna miejsce zamieszkania nie różnicuje całości wyników [Lambda Wilksa = 0,96, $F(10, 798) = 1,82$, $p = 0,053$]. W analizach *post hoc* odnaleziono jednak istotne statystycznie związki, które pozwoliły doprecyzować profil stylów grup pochodzących z dużych i małych miast oraz wsi. Badania testem Tukeya dla różnych *N* ujawniły dwa istotne statystycznie związki: osoby pochodzące z dużych miast istotnie silniej przejawiają w walce ze stresem styl skoncentrowany na unikaniu oraz styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich niż osoby ze wsi (tabela 84).

Wykres 41. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich w podziale według miejsca zamieszkania.

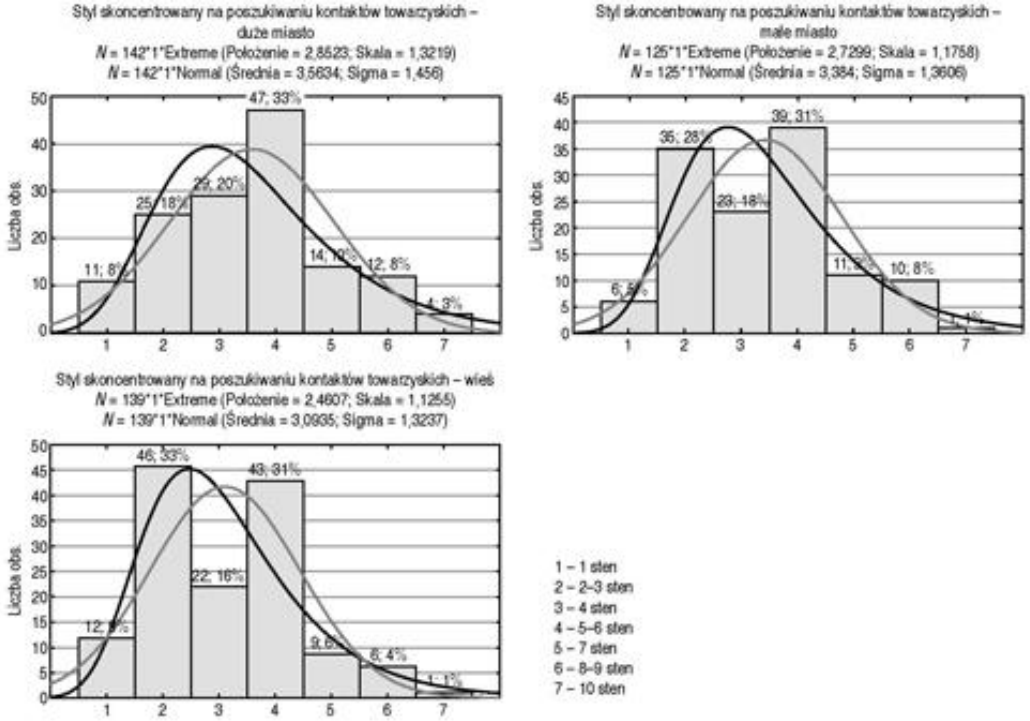


Tabela 84 Zestawienie różnic międzygrupowych dla stylów radzenia sobie ze stresem w próbie różnicowanej zmienną miejsce zamieszkania

Styl skoncentrowany na unikaniu			
M	{1} 53,60	{2} 50,24	{3} 52,40
Duże miasto (1)		0,014*	0,610
Wieś (2)	0,014*		0,200
Małe miasto (3)	0,610	0,200	
MS międzygrupowe	98,73		
Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich			
	{1} 17,39	{2} 16,17	{3} 16,42
Duże miasto (1)		0,036*	0,150
Wieś (2)	0,036*		0,882
Małe miasto (3)	0,150	0,882	
MS międzygrupowe	17,27		
df	403		

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

6.5. Wyniki badań w podziale według zmiennej pozycja zawodowa

Wyniki badań nad stylami radzenia sobie ze stresem w podziale ze względu na pozycję zawodową pokazują, iż w stylu skoncentrowanym na zadaniu najwyższą średnią oraz medianę uzyskują osoby pracujące zawodowo, nieco niższą – uczniowie/studenci, a najniższą – osoby niepracujące. Najmniejszy zakres obserwacji nieodstających notuje się w próbie osób niepracujących, próby uczniów/studentów oraz osób czynnych zawodowo osiągają porównywalne wartości minimalne i maksymalne. Największy rozrzut wyników – biorąc pod uwagę odchylenie standardowe i ćwiartkowe oraz wartość wariancji – można odnotować dla grupy osób czynnych zawodowo. W stylu skoncentrowanym na emocjach najwyższą wartość średniej stwierdza się dla próby osób niepracujących, następnie dla czynnych zawodowo, a na ostatnim miejscu dla uczniów/studentów. Największy zakres obserwacji nieodstających oraz największa zmienność wyników pomiarów dotyczą osób niepracujących, o czym świadczy wartość odchylenia standardowego, ćwiartkowego i wariancji. Osoby czynne zawodowo prezentują natomiast najmniejszy rozrzut wyników dla stylu skoncentrowanego na emocjach. W stylu skoncentrowanym na unikaniu najwyższą wartość średniej i mediany notuje się dla wyników prób uczniów/studentów, najniższą – dla osób niepracujących. We wszystkich próbach zakres wyników nieodstających jest porównywalny, największa zmienność notowana jest natomiast dla osób niepracujących, najmniejsza – dla uczniów/studentów. W stylu skoncentrowanym na angażowaniu się w czynności zastępcze najwyższą wartość średniej i mediany notuje się dla próby uczniów/studentów,

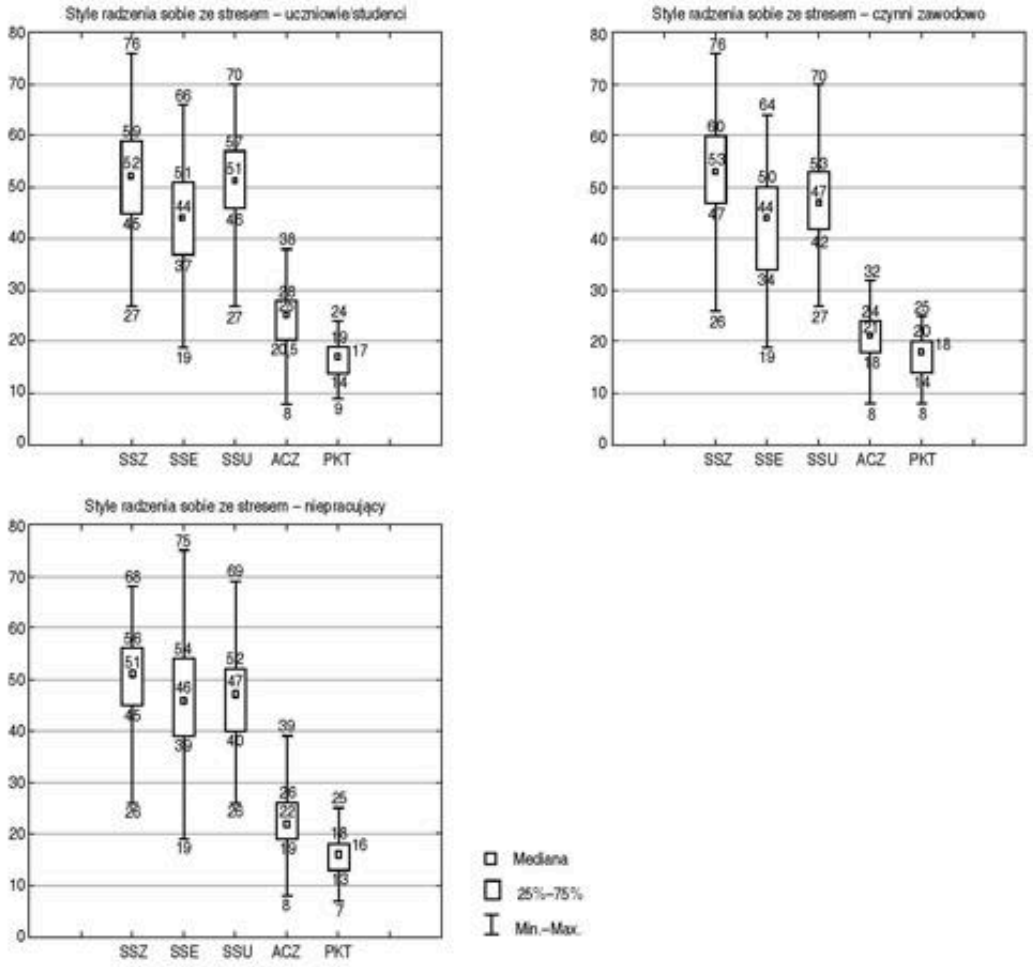
najniższą – dla osób czynnych zawodowo. Zakresy wyników nieodstających różnicuje ich górny zakres, gdzie najwyższe wartości osiąga próba osób niepracujących. Rozrzut wyników jest porównywalny w próbach uczniów/studentów i czynnych zawodowo, największe zróżnicowanie występuje w próbie osób niepracujących. Dla stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich najwyższy poziom średniej i mediany notuje się w próbie czynnych zawodowo, najniższy – wśród niepracujących. Zakres wartości nieodstających jest podobny w próbach, rozrzut wyników największy jest w próbie osób czynnych zawodowo, nieco mniejszy wśród niepracujących, najmniejszy wśród uczniów/studentów. Dla wszystkich grup i stylów walki ze stresem notuje się wartość kurtozy i skośność pozostającą w przedziale +/−1, co wskazuje na rozkłady wyników zbliżone do normalnego (tabela 85, wykres 42).

Tabela 85. Wyniki surowe dla stylów radzenia sobie ze stresem w podziale według zmiennej pozycja zawodowa

Styl	*M*	*Me*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	*SD*²	*SKE*	*K*
Uczeń/student, *N* ważnych = 84										
Skoncentrowany na zadaniu	51,76	52,00	27,00	76,00	45,00	59,00	9,81	96,18	0,01	0,16
Skoncentrowany na emocjach	44,30	44,00	19,00	66,00	37,00	51,00	10,67	113,80	–0,03	–0,51
Skoncentrowany na unikaniu	51,37	51,00	27,00	70,00	46,00	57,00	8,00	64,02	–0,27	–0,03
Skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	24,44	25,00	8,00	38,00	20,50	28,00	5,61	31,45	–0,22	0,08
Skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	16,96	17,00	9,00	24,00	14,00	19,00	3,82	14,61	–0,02	–0,53
Czynni zawodowo, *N* ważnych = 89										
Skoncentrowany na zadaniu	53,02	53,00	26,00	76,00	47,00	60,00	10,27	105,50	–0,05	–0,02
Skoncentrowany na emocjach	42,29	44,00	19,00	64,00	34,00	50,00	10,13	102,69	–0,13	–0,56
Skoncentrowany na unikaniu	46,74	47,00	27,00	70,00	42,00	53,00	8,92	79,53	–0,06	–0,13
Skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	20,37	21,00	8,00	32,00	18,00	24,00	5,70	32,46	–0,35	–0,35
Skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	17,43	18,00	8,00	25,00	14,00	20,00	4,19	17,54	–0,15	–0,55
Niepracujący, *N* ważnych = 81										
Skoncentrowany na zadaniu	49,91	51,00	26,00	68,00	45,00	56,00	9,70	94,13	–0,43	–0,44
Skoncentrowany na emocjach	46,51	46,00	19,00	75,00	39,00	54,00	12,37	152,98	0,22	–0,24
Skoncentrowany na unikaniu	45,90	47,00	26,00	69,00	40,00	52,00	9,24	85,47	0,04	–0,10
Skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	21,84	22,00	8,00	39,00	19,00	26,00	6,16	37,99	0,01	0,15
Skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	15,56	16,00	7,00	25,00	13,00	18,00	3,92	15,38	0,18	–0,14

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze; PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

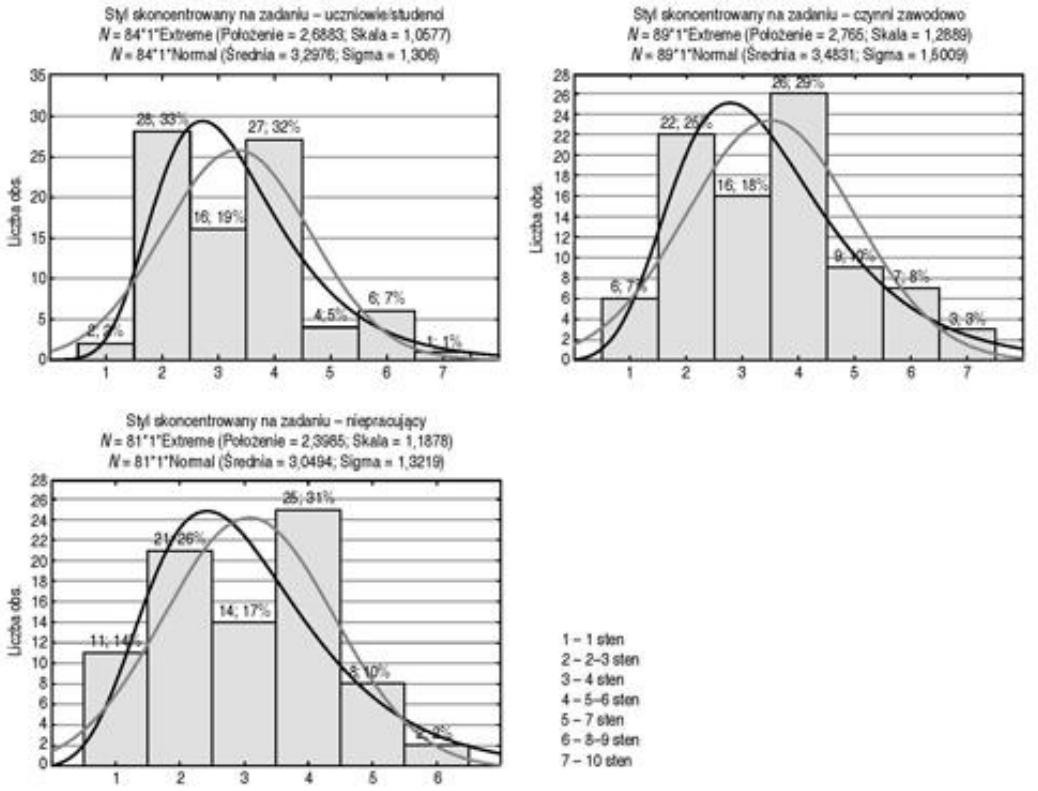
Wykres 42. Zestawienie wyników surowych dla stylów radzenia sobie ze stresem w podziale według pozycji zawodowej.


Style radzenia sobie ze stresem – uczniowie/studenci
Style radzenia sobie ze stresem – czynni zawodowo
Style radzenia sobie ze stresem – niepracujący
SSZ SSE SSU ACZ PKT
Mediana
25%–75%
Min.–Max.

Wyniki przeliczone w próbach zróżnicowanych pozycją zawodową ujawniają, iż w stylu skoncentrowanym na zadaniu dominują te z przedziału wartości niskich (steny 1–4). Wartości poniżej przeciętnych w próbie uczniów/studentów osiąga 54% osób, podobny odsetek, sięgający 50%, notuje się w próbie osób czynnych zawodowo, a 57% w próbie niepracujących. Wyniki wyższe od przeciętnych uzyskuje odpowiednio 13%, 21% i 12%, przy czym w próbie badanych niepracujących nie notuje się w ogóle obserwacji z poziomu wyników bardzo wysokich. Biorąc pod uwagę udział wyników przeciętnych (wyniki uzyskuje odpowiednio dla grup 32%, 29%, 31%), poniżej i powyżej przeciętnych, można

stwierdzić, iż w walce ze stresem badani z wszystkich trzech grup słabo koncentrują swój styl na zadaniu (wykres 43).

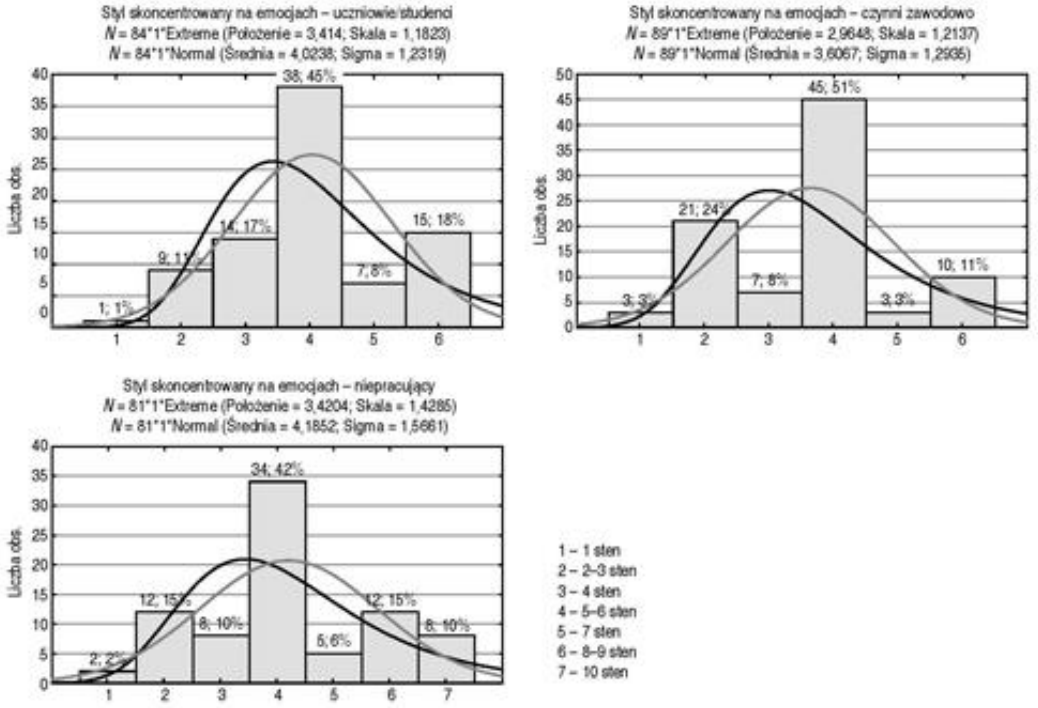
Wykres 43. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na zadaniu w podziale według pozycji zawodowej.



Rozkład wyników przeliczonych dla stylu skoncentrowanego na emocjach z uwzględnieniem zmiennej pozycja zawodowa wskazuje, iż dominują tu we wszystkich wyróżnionych grupach wyniki przeciętne. Wśród uczniów i studentów taki poziom osiąga 45% osób przy 26% osiągających poziom powyżej przeciętnych i 29% poniżej przeciętnych. W próbie osób czynnych zawodowo poziom przeciętny osiąga 51% respondentów. Warto tu zwrócić uwagę na pojawiające się drugie maksimum (stosunkowo mniej znaczące) dla stenów 2 i 3 – wyniki niskie, osiągane przez 24% badanych. Wśród osób czynnych zawodowo wyniki poniżej przeciętnych uzyskuje 35% badanych, a wyniki powyżej

przeciętnych – 14%. W próbie osób niepracujących obserwuje się 42% wyników przeciętnych przy symetrycznym i relatywnie równym udziale pozostałych. Można zatem przyjąć, iż we wszystkich grupach wyłonionych na podstawie kryterium pozycji zawodowej udział stylu skoncentrowanego na emocjach pozostaje na poziomie neutralnym – przeciętnym (wykres 44).

Wykres 44. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na emocjach w podziale według pozycji zawodowej.

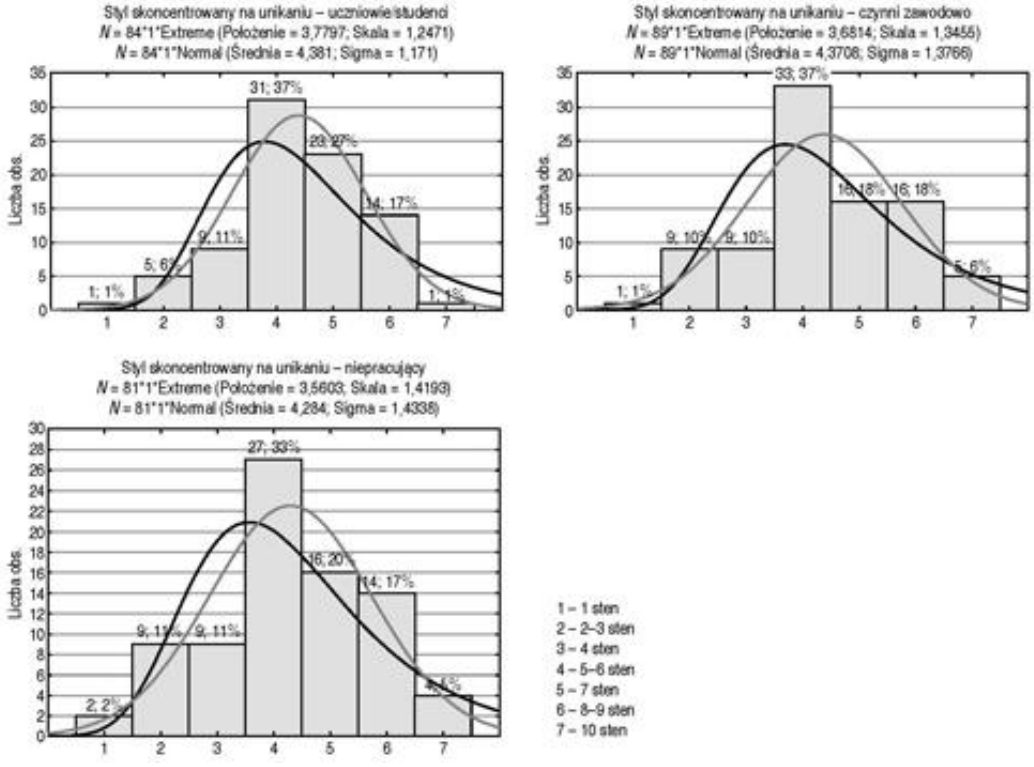


Wyniki przeliczone dla stylu skoncentrowanego na unikaniu pokazują, iż we wszystkich grupach dominują wyniki powyżej przeciętnych. Odsetek respondentów osiągających taki poziom waha się w przedziale 42–45% w zależności od grupy, przy wynikach z przedziału przeciętnych osiąganych przez 37% osób w próbach uczniów/studentów i czynnych zawodowo oraz przez 33% osób niepracujących i poniżej przeciętnych osiąganych odpowiednio przez 18%, 21% i 24% badanych w próbach. Przyjmuje się zatem, iż w obliczu stresu badani ze wszystkich

trzech grup mocno koncentrują styl walki ze stresem na unikaniu (wykres 45).

Rozpatrując podstyle stylu unikowego, jakimi są angażowanie się w czynności zastępcze oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich, zauważyć należy, iż wyniki dotyczące pierwszego z nich w próbie uczniów/studentów przesunięte są w stronę wartości wysokich, gdzie także notuje się drugie maksimum, obserwowane dla stenów 8 i 9 (wyniki wysokie), po pierwszym dla stenów 5 i 6. Ze względu na niewielkie różnice w odsetkach osób osiągających wyniki przeciętne (43%) i powyżej przeciętnych (46%) można tu mówić o trendzie w koncentrowaniu się na czynnościach zastępczych w obliczu stresu. Zauważa się natomiast odwrotny trend w kontekście stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich: 43% osób osiąga wyniki przeciętne, 42% – poniżej przeciętnych i 16% – powyżej przeciętnych. Wśród uczniów/studentów wyniki przeciętne i poniżej przeciętnych uzyskuje taki sam odsetek respondentów, sięgający 43%.

Wykres 45. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na unikaniu w podziale według pozycji zawodowej.

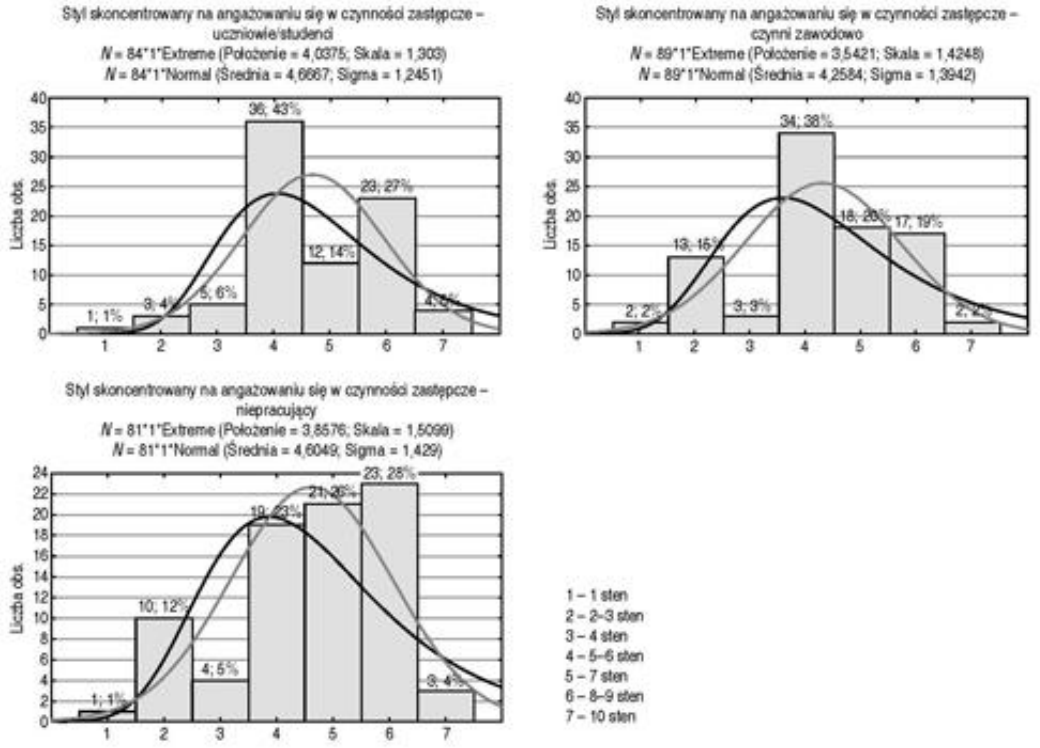


Wśród osób czynnych zawodowo zauważa się (podobnie jak w próbie uczniów/studentów) trend angażowania się w obliczu stresu w czynności zastępcze: poziom przeciętny i powyżej przeciętnego osiąga odpowiednio 38% i 40% respondentów, przy 20-procentowym udziale wyników poniżej przeciętnych. Podobny, choć nieco bardziej wyrównany trend zauważa się w przypadku stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich (28% badanych uzyskuje wyniki przeciętne, 27% poniżej przeciętnych i 43% powyżej przeciętnych).

W próbie osób niepracujących zdecydowanie dominują wyniki powyżej przeciętnych dla stylu skoncentrowanego na angażowaniu się w czynności zastępcze (58% próby osiąga taki wynik, przy 18% osiągających wynik niższy od przeciętnego i 33% uzyskujących wyniki przeciętne). Natomiast rozpatrując wyniki przeliczone dla stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu

kontaktów towarzyskich, notuje się tendencję do słabszej koncentracji na tym stylu. Wyniki przeciętne i niższe od przeciętnych uzyskuje odpowiednio 41% i 38%, przy 20-procentowym udziale wyników powyżej przeciętnych (wykresy 46–47).

Wykres 46. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na angażowaniu się w czynności zastępcze w podziale według pozycji zawodowej.


Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze – uczniowie/studenci
N = 84*1*Extreme (Położenie = 4,0375; Skala = 1,303)
N = 84*1*Normal (Średnia = 4,6667; Sigma = 1,2451)
Liczba obs.
1; 1%
3; 4%
5; 6%
36; 43%
12; 14%
23; 27%
4; 5%
Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze – czynni zawodowo
N = 89*1*Extreme (Położenie = 3,5421; Skala = 1,4248)
N = 89*1*Normal (Średnia = 4,2584; Sigma = 1,3942)
Liczba obs.
2; 2%
13; 15%
3; 3%
34; 38%
18; 20%
17; 19%
2; 2%
Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze – niepracujący
N = 81*1*Extreme (Położenie = 3,8576; Skala = 1,5099)
N = 81*1*Normal (Średnia = 4,6049; Sigma = 1,429)
Liczba obs.
1; 1%
10; 12%
4; 5%
19; 23%
21; 26%
23; 28%
3; 4%
1 – 1 sten
2 – 2–3 sten
3 – 4 sten
4 – 5–6 sten
5 – 7 sten
6 – 8–9 sten
7 – 10 sten

Do weryfikacji istotności różnic pomiędzy wydzielonymi próbami w kontekście stylów radzenia sobie ze stresem zastosowano analizę wariancji (ANOVA parametryczna). Test Lambda Wilksa = 0,82, przy $F(10, 494) = 5,23$ i $p = 0,000$, wykazał mocny związek pomiędzy pozycją zawodową a stylami radzenia sobie ze stresem. Analizy *post hoc* testem Tukeya dla różnych *N* ujawniły, iż osoby niepracujące istotnie intensywniej stosują styl skoncentrowany na emocjach niż osoby czynne zawodowo. Uczniowie/studenci istotnie intensywniej stosują styl

skoncentrowany na unikaniu niż osoby czynne zawodowo i niepracujący oraz istotnie mocniej angażują się w czynności zastępcze niż osoby czynne zawodowo i niepracujące. Osoby czynne zawodowo istotnie mocniej niż niepracujące w obliczu stresu koncentrują się na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich (tabela 86).

Wykres 47. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich w podziale według pozycji zawodowej.

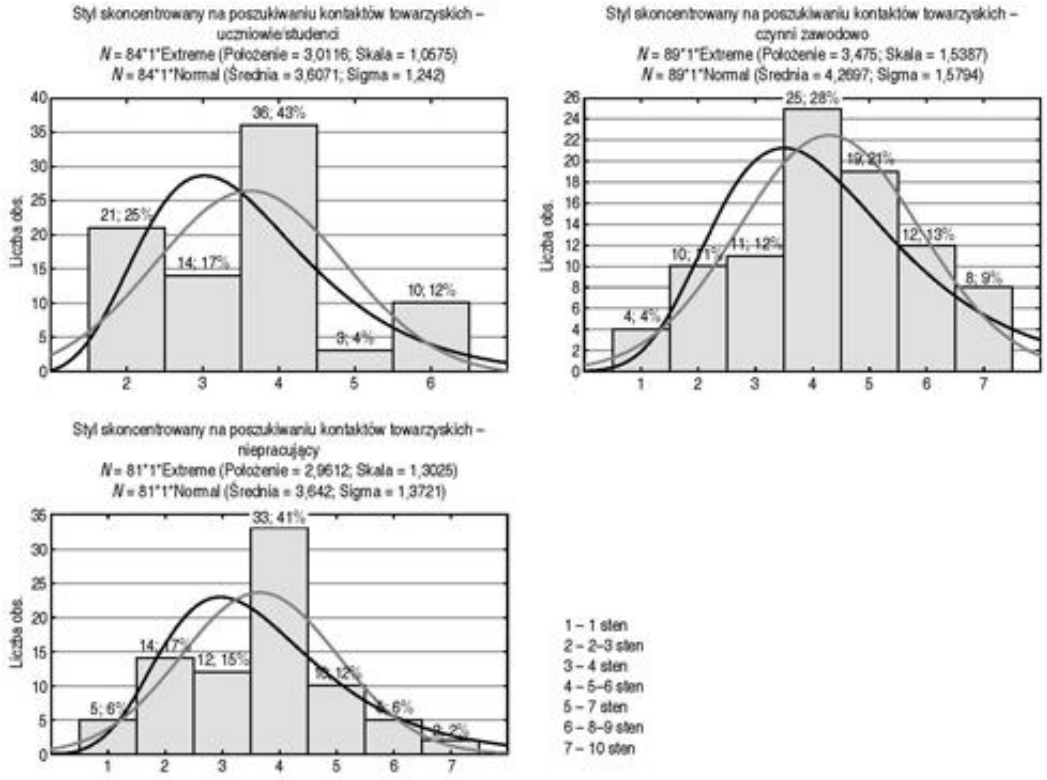

Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich – uczniowie/studenci
N = 84*1*Extreme (Położenie = 3,0116; Skala = 1,0575)
N = 84*1*Normal (Średnia = 3,6071; Sigma = 1,242)
Liczba obs.
21; 25%
14; 17%
36; 43%
3; 4%
10; 12%
Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich – czynni zawodowo
N = 89*1*Extreme (Położenie = 3,475; Skala = 1,5387)
N = 89*1*Normal (Średnia = 4,2697; Sigma = 1,5794)
Liczba obs.
4; 4%
10; 11%
11; 12%
25; 28%
19; 21%
12; 13%
8; 9%
Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich – niepracujący
N = 81*1*Extreme (Położenie = 2,9612; Skala = 1,3025)
N = 81*1*Normal (Średnia = 3,642; Sigma = 1,3721)
Liczba obs.
5; 6%
14; 17%
12; 15%
33; 41%
10; 12%
5; 6%
2; 2%
1 – 1 sten
2 – 2–3 sten
3 – 4 sten
4 – 5–6 sten
5 – 7 sten
6 – 8–9 sten
7 – 10 sten

Tabela 86. Zestawienie różnic międzygrupowych dla stylów radzenia sobie ze stresem w próbie różnicowanej zmienną pozycja zawodowa

Styl skoncentrowany na emocjach			
M	{1} 42,29	{2} 46,51	{3} 44,30
Czynni zawodowo (1)		0,041*	0,468
Niepracujący (2)	0,041*		0,412
Uczniowie/studenci (3)	0,468	0,412	
MS międzygrupowe		122,39	
Styl skoncentrowany na unikaniu			
M	{1} 46,74	{2} 45,90	{3} 51,37
Czynni zawodowo (1)		0,813	0,002**
Niepracujący (2)	0,813		0,000***
Uczniowie/studenci (3)	0,002**	0,000***	
MS międzygrupowe		76,29	
Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze			
M	{1} 20,37	{2} 21,85	{3} 24,44
Czynni zawodowo (1)		0,243	0,000***
Niepracujący (2)	0,243		0,012*
Uczniowie/studenci (3)	0,000***	0,012*	
MS międzygrupowe		33,89	
Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich			
M	{1} 17,43	{2} 15,56	{3} 16,96
Czynni zawodowo (1)		0,008**	0,732
Niepracujący (2)	0,008**		0,063
Uczniowie/studenci (3)	0,732	0,063	
MS międzygrupowe		15,88	
df		251	

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

6.6. Wyniki badań w podziale według zmiennej sposób protezowania

Wyniki surowe dla stylu skoncentrowanego na zadaniu pokazują, iż średnie i mediany w podgrupach zróżnicowanych ze względu na sposób protezowania różnią się od siebie, przy czym wartości dla osób aparatowanych i implantowanych przyjmują podobny poziom średnich, przy nieco wyższej medianie grupy implantowanych, natomiast poziom średniej i mediany dla próby niekorzystającej ze sprzętów wspomagających słyszenie jest zdecydowanie wyższy. W próbie osób nienoszących protez obserwuje się najmniejszy zakres wartości nieodstających oraz najmniejsze zróżnicowanie wyników badań. Biorąc pod uwagę styl skoncentrowany na emocjach, zauważyć można wyraźne różnice w poziomie średnich oraz median. Najwyższą notuje się w próbie osób niekorzystających z protez, najniższą – wśród osób implantowanych. W próbach odnotowuje się podobny rozrzut wyników oraz zakres obserwacji nieodstających przy nieco innych wartościach minimum i maksimum. Rozpatrując wyniki surowe dla stylu skoncentrowanego na unikaniu, stwierdza się podobny poziom średnich w próbach osób niekorzystających z protez oraz implantowanych i nieco niższy wśród aparatowanych, przy medianach równych dla grup osób aparatowanych i implantowanych oraz wyższej wartości mediany w próbie osób niekorzystających z protez. Dla grup zróżnicowanych sposobem protezowania notuje się różne wartości minimalne i maksymalne, porównywalny rozrzut wyników prób aparatowanych i implantowanych oraz nieco większy wśród osób niekorzystających z protez słuchowych (choć tu odchylenie standardowe oraz ćwiartkowe wskazują na większą koncentrację wyników wokół średniej). Biorąc pod uwagę styl skoncentrowany na angażowaniu

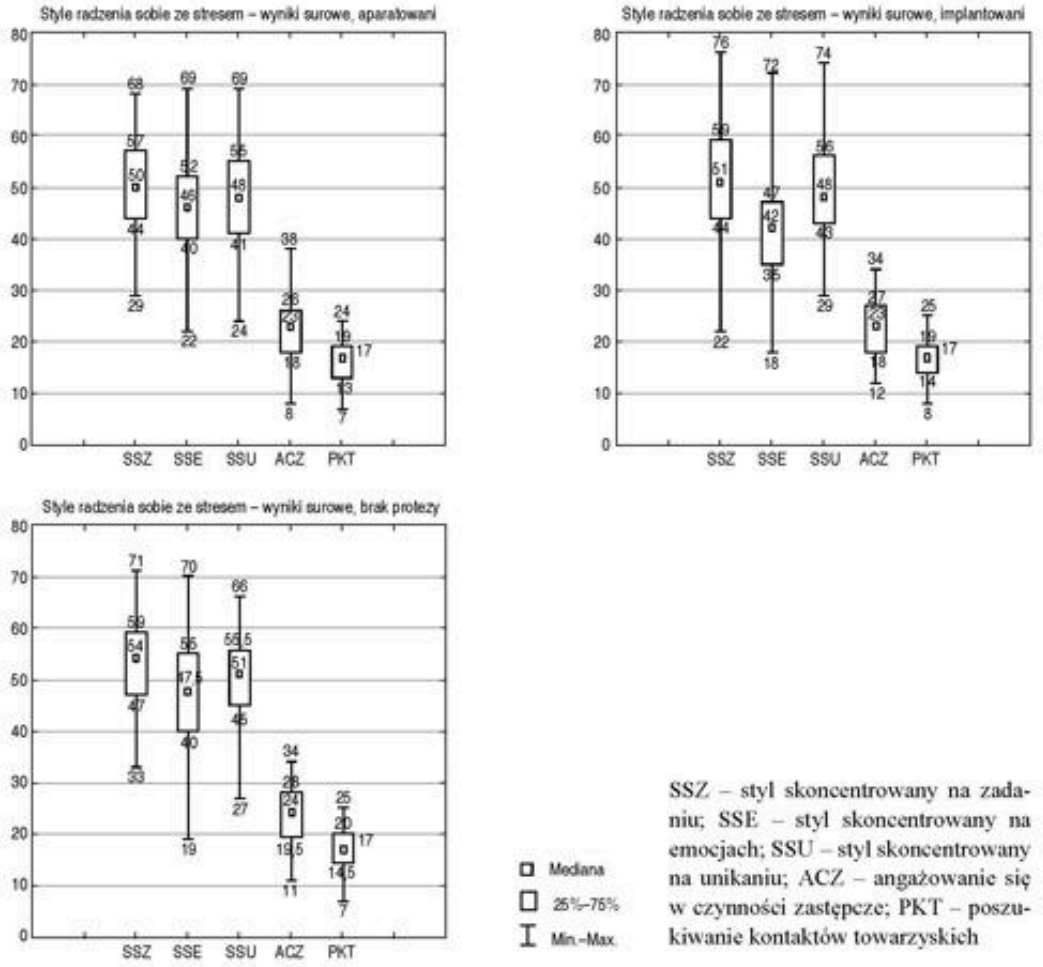
się w czynności zastępcze, zauważa się podobne poziomy średnich w próbach osób implantowanych i niekorzystających z protez i nieco niższy wśród aparatowanych. Wartość mediany wśród osób niekorzystających z protez jest o jeden punkt wyższa w porównaniu z pozostałymi grupami. W próbach obserwuje się różne wartości minimalne i maksymalne oraz podobne odchylenia ćwiartkowe. Obserwuje się podobne zróżnicowanie wyników badań w grupach, nieco większe wśród osób niekorzystających z protez w porównaniu z pozostałymi, przy najmniejszym rozpięciu wartości nieodstających. Dla stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich odnotowuje się porównywalny poziom średnich i taki sam median we wszystkich próbach. Zakres wartości nieodstających, rozproszenie wyników są porównywalne we wszystkich próbach. Wariancja wyników jest widocznie wyższa w próbie osób niekorzystających z protez niż w pozostałych (tabela 87, wykres 48).

Tabela 87. Wyniki surowe dla stylów radzenia sobie ze stresem w podziale według zmiennej sposób protezowania

Styl	*M*	*Me*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	*SD*²	*SKE*	*K*
Aparatowani, *N* ważnych = 57										
Skoncentrowany na zadaniu	50,12	50,00	29,00	68,00	44,00	57,00	9,62	138,98	–0,18	–0,50
Skoncentrowany na emocjach	45,51	46,00	22,00	69,00	40,00	52,00	9,33	124,86	–0,13	0,17
Skoncentrowany na unikaniu	47,82	48,00	24,00	69,00	41,00	55,00	9,10	87,32	–0,21	0,05
Skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	22,12	23,00	8,00	38,00	18,00	26,00	6,64	31,78	–0,22	0,11
Skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	16,47	17,00	7,00	24,00	13,00	19,00	3,96	15,32	–0,19	–0,43
Implantowani, *N* ważnych = 59										
Skoncentrowany na zadaniu	50,86	51,00	22,00	76,00	44,00	59,00	11,79	138,98	–0,15	–0,08
Skoncentrowany na emocjach	42,27	42,00	18,00	72,00	35,00	47,00	11,17	124,86	0,34	0,58
Skoncentrowany na unikaniu	49,17	48,00	29,00	74,00	43,00	56,00	9,34	87,32	0,09	–0,11
Skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	23,36	23,00	12,00	34,00	18,00	27,00	5,64	31,78	–0,09	–0,93
Skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	16,51	17,00	8,00	25,00	14,00	19,00	3,91	15,32	–0,16	–0,49

Styl	*M*	*Me*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	*SD*²	*SKE*	*K*
Brak protezy, *N* ważnych = 64										
Skoncentrowany na zadaniu	53,08	54,00	33,00	71,00	47,00	59,00	8,97	80,39	–0,17	–0,28
Skoncentrowany na emocjach	47,39	47,50	19,00	70,00	40,00	55,00	10,98	120,65	–0,20	0,09
Skoncentrowany na unikaniu	49,55	51,00	27,00	66,00	45,00	55,50	9,61	92,38	–0,54	–0,17
Skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	23,19	24,00	11,00	34,00	19,50	28,00	5,67	32,15	–0,35	–0,66
Skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	16,91	17,00	7,00	25,00	14,50	20,00	4,35	18,88	–0,18	–0,35

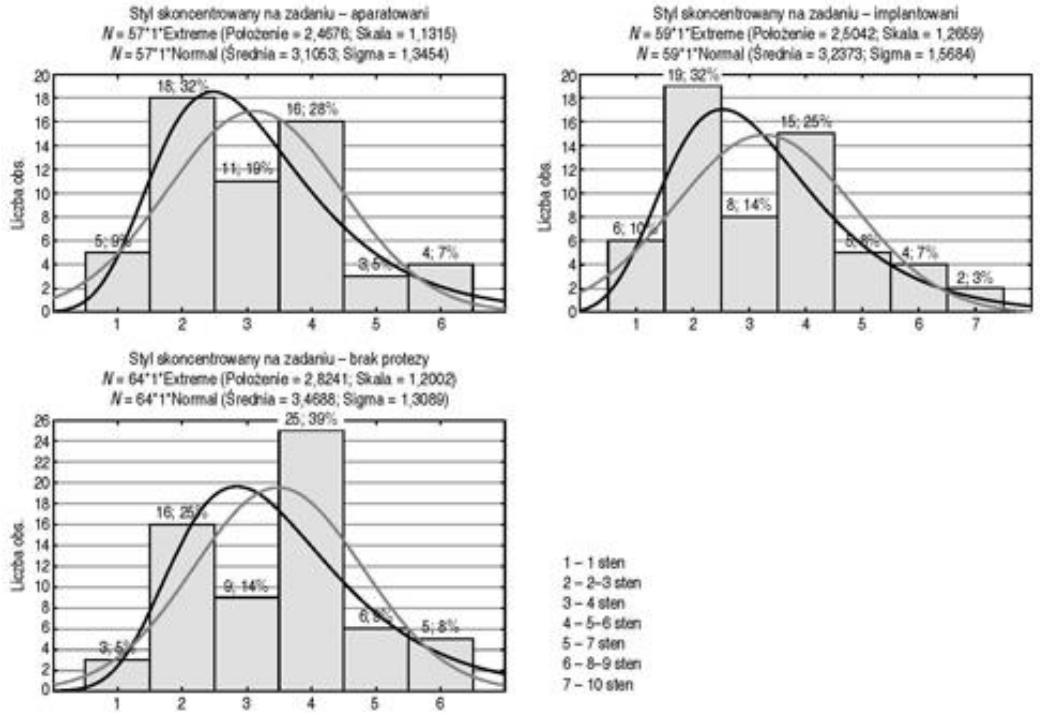
Wykres 48. Zestawienie wyników surowych dla stylów radzenia sobie ze stresem w podziale według sposobu protezowania.


Style radzenia sobie ze stresem – wyniki surowe, aparatowani
Style radzenia sobie ze stresem – wyniki surowe, implantowani
Style radzenia sobie ze stresem – wyniki surowe, brak protezy
SSZ SSE SSU ACZ PKT
Mediana
25%–75%
Min.–Max.
SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze; PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

Rozpatrując rozkłady wyników przeliczonych dla stylu skoncentrowanego na zadaniu w podziale na grupy według kryterium zastosowanej protezy słuchowej, zauważa się, iż we wszystkich trzech próbach dominują wyniki poniżej przeciętnych. Istnieją drugie maksima (po notowanych najwyższych dla stenów 5 i 6), obserwowane dla stenów 2 i 3 – wyniki niskie. Łącznie poniżej przeciętnych w próbie aparatowanych wyniki uzyskuje 60% respondentów, w próbie osób implantowanych – 56% badanych, a w próbie niekorzystających z protez słuchowych nieco mniej – 44%. Wyniki powyżej przeciętnych uzyskuje tu odpowiednio 12%, 18% i 17% respondentów, przy 28%, 25% i 39% wyników przeciętnych. Zatem wśród osób aparatowanych i

implantowanych ukierunkowanie działania na styl skoncentrowany na zadaniu jest słabe. W próbie osób niekorzystających z protez zauważa się również przesunięcie wyników w stronę poniżej przeciętnych, lecz trend jest wyraźnie słabszy niż w pozostałych grupach (wykres 49).

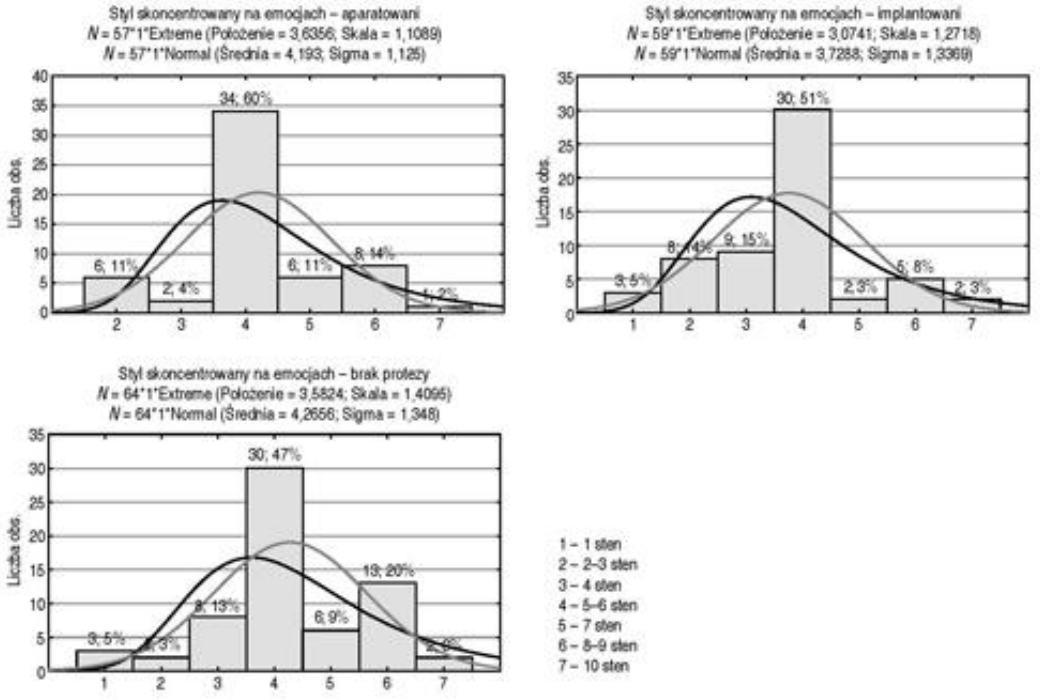
Wykres 49. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na zadaniu w podziale według sposobu protezowania.


Styl skoncentrowany na zadaniu – aparatowani
N = 57*1*Extreme (Położenie = 2,4576; Skala = 1,1315)
N = 57*1*Normal (Średnia = 3,1053; Sigma = 1,3454)
Liczba obs.
18; 32%
16; 28%
11; 19%
5; 9%
3; 5%
4; 7%
Styl skoncentrowany na zadaniu – implantowani
N = 59*1*Extreme (Położenie = 2,5042; Skala = 1,2659)
N = 59*1*Normal (Średnia = 3,2373; Sigma = 1,5684)
19; 32%
15; 25%
8; 14%
6; 10%
4; 7%
2; 3%
Styl skoncentrowany na zadaniu – brak protezy
N = 64*1*Extreme (Położenie = 2,8241; Skala = 1,2002)
N = 64*1*Normal (Średnia = 3,4688; Sigma = 1,3089)
25; 39%
16; 25%
9; 14%
3; 5%
5; 8%
1 – 1 sten
2 – 2–3 sten
3 – 4 sten
4 – 5–6 sten
5 – 7 sten
6 – 8–9 sten
7 – 10 sten

Z danych dla stylu skoncentrowanego na emocjach wyraźnie widać, iż w każdej z grup dominują wyniki przeciętne (60% – aparatowani, 51% – implantowani, 47% – bez protez). W próbie osób aparatowanych 15% respondentów uzyskuje wyniki poniżej, a 27% powyżej przeciętnych. Wśród badanych implantowanych 34% uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, a 14% powyżej. W grupie osób niekorzystających z protez 21% respondentów uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, a 32% powyżej przeciętnych. Można zatem przyjąć, iż pomimo różnic w próbach w zakresie udziału wartości powyżej i poniżej przeciętnych

ukierunkowanie na styl skoncentrowany na emocjach w radzeniu sobie ze stresem jest umiarkowane (wykres 50).

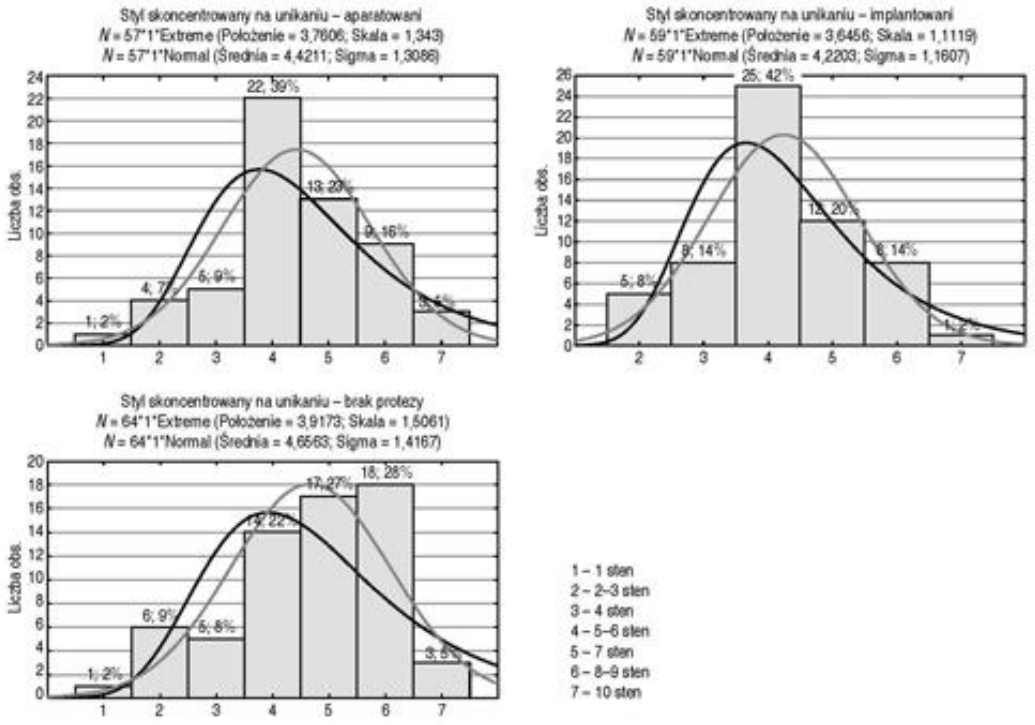
Wykres 50. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na emocjach w podziale według sposobu protezowania.



Rozpatrując wyniki badań przeliczone dla stylu unikowego, zauważa się jego silną dominację w próbie osób niekorzystających z protez. Odsetek wyników powyżej przeciętnych sięga tu 60%, przy odsetku wyników niskich wynoszącym 19% i 22% przeciętnych. Wśród wyników pochodzących z próby osób aparatowanych 44% należy do powyżej przeciętnych, 18% jest poniżej przeciętnych, a 39% przeciętnych. Istnieje zatem w grupie tendencja do ukierunkowywania walki ze stresem na styl unikowy. W próbie osób implantowanych dominują wyniki z przedziału przeciętnych (42%), przy przewadze wyników powyżej przeciętnych (36%) nad wynikami poniżej przeciętnych (22%). Zatem osoby implantowane umiarkowanie wykorzystują styl

skoncentrowany na unikaniu w radzeniu sobie ze stresem (wykres 51).

Wykres 51. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na unikaniu w podziale według sposobu protezowania.

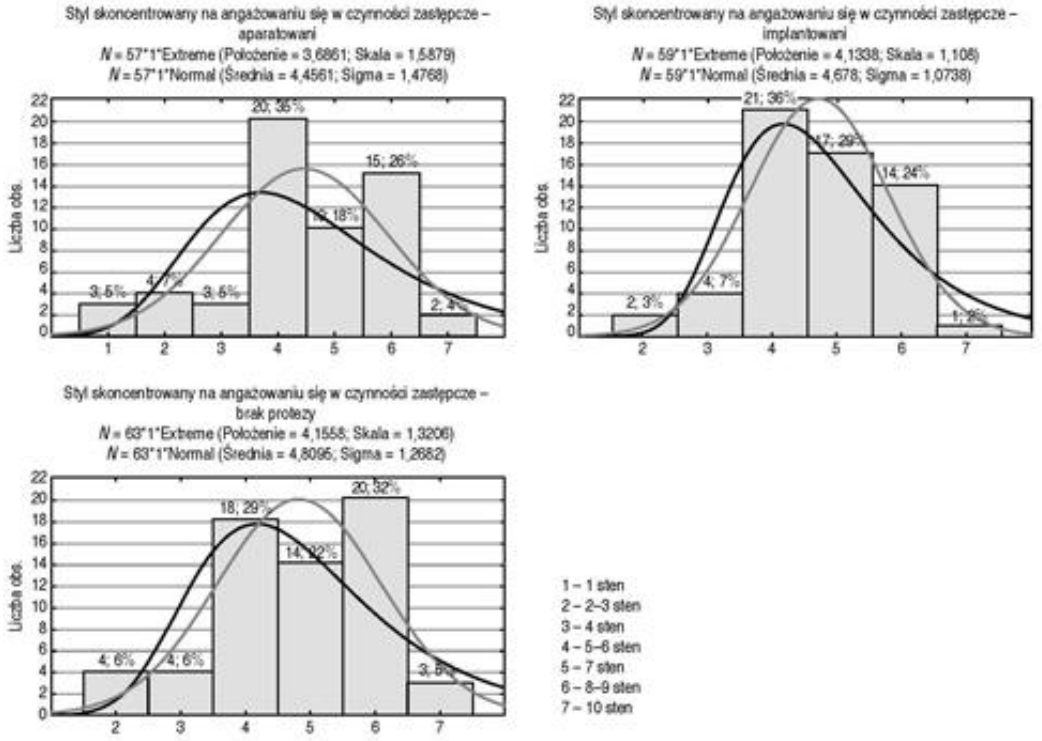

Styl skoncentrowany na unikaniu – aparatowani
N = 57*1*Extreme (Położenie = 3,7606; Skala = 1,343)
N = 57*1*Normal (Średnia = 4,4211; Sigma = 1,3086)
Liczba obs.
22; 39%
13; 23%
9; 16%
6; 9%
4; 7%
1; 2%
Styl skoncentrowany na unikaniu – implantowani
N = 59*1*Extreme (Położenie = 3,6456; Skala = 1,1119)
N = 59*1*Normal (Średnia = 4,2203; Sigma = 1,1607)
25; 42%
12; 20%
9; 14%
8; 14%
5; 8%
Styl skoncentrowany na unikaniu – brak protezy
N = 64*1*Extreme (Położenie = 3,9173; Skala = 1,5061)
N = 64*1*Normal (Średnia = 4,6563; Sigma = 1,4167)
18; 28%
17; 27%
14; 22%
6; 9%
5; 8%
1; 2%
1 – 1 sten
2 – 2–3 sten
3 – 4 sten
4 – 5–6 sten
5 – 7 sten
6 – 8–9 sten
7 – 10 sten

Analizując wyniki badań nad stylem skoncentrowanym na angażowaniu się w czynności zastępcze, zauważa się dominację wyników z zakresu powyżej przeciętnych w każdej z grup, przy czym najsilniejszą w grupie osób niekorzystających z protez słuchowych, gdzie stosunek wyników powyżej przeciętnych do poniżej przeciętnych wynosi 59% do 12%. W próbie osób aparatowanych wartości powyżej przeciętnych odnotowano dla 48% respondentów, przy 17% osób uzyskujących wyniki poniżej przeciętnych oraz 35% mających wyniki przeciętne. Wśród osób implantowanych 55% uzyskuje wyniki powyżej przeciętnych, a zaledwie 10% – poniżej przeciętnych. Przyjmuje się zatem, iż w radzeniu sobie ze stresem badani silnie ukierunkowują aktywność

na styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze (wykres 52).

Rozkłady wyników dla stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich w próbie osób aparatowanych wskazują na tendencję do słabszego wykorzystywania tego stylu w radzeniu sobie ze stresem, przy czym notuje się tu równowagę wyników przeciętnych oraz poniżej przeciętnych – sięgającą 39% – i 23-procentowy udział wyników powyżej wartości przeciętnych. Wśród badanych niekorzystających z protez słuchowych notuje się także przewagę wyników przeciętnych (41%), przy względnej równowadze powyżej i poniżej przeciętnych (ok. 30%). W wynikach badań próby osób implantowanych notuje się 42-procentowy udział wyników poniżej przeciętnych, 39-procentowy przeciętnych i 18-procentowy wyników powyżej przeciętnych. Przyjmuje się, iż respondenci z wszystkich trzech grup przejawiają tendencję do niskiego poziomu stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich w radzeniu sobie ze stresem (wykres 53).

Wykres 52. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na angażowaniu się w czynności zastępcze w podziale według sposobu protezowania.


Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze – aparatowani
N = 57*1*Extreme (Położenie = 3,6861; Skala = 1,5879)
N = 57*1*Normal (Średnia = 4,4561; Sigma = 1,4768)
Liczba obs.
20; 35%
15; 26%
10; 18%
3; 5%
4; 7%
3; 5%
2; 4%
Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze – implantowani
N = 59*1*Extreme (Położenie = 4,1338; Skala = 1,106)
N = 59*1*Normal (Średnia = 4,678; Sigma = 1,0738)
21; 36%
17; 29%
14; 24%
2; 3%
4; 7%
1; 2%
Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze – brak protezy
N = 63*1*Extreme (Położenie = 4,1558; Skala = 1,3206)
N = 63*1*Normal (Średnia = 4,8095; Sigma = 1,2682)
18; 29%
20; 32%
14; 22%
4; 6%
4; 6%
3; 5%
1 – 1 sten
2 – 2–3 sten
3 – 4 sten
4 – 5–6 sten
5 – 7 sten
6 – 8–9 sten
7 – 10 sten

Rozpatrując istotność różnic rozkładów wyników badań dla stylów radzenia sobie z stresem w podziale według zmiennej sposób protezowania, na podstawie analizy wariancji wyników (ANOVA parametryczna) stwierdza się, iż zmienna ta nie różnicuje wyników badań [Lambda Wilksa = 0,93, $F(10, 346) = 1,35$, $p = 0,201$]. W analizach *post hoc* testem Tukeya dla różnych *N* odnajduje się jeden istotny statystycznie związek: osoby niekorzystające ze sprzętów wspomagających słyszenie istotnie mocniej ukierunkowują się w przezwyciężaniu stresu na styl skoncentrowany na emocjach niż osoby implantowane (tabela 88).

Wykres 53. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich w podziale według sposobu protezowania.

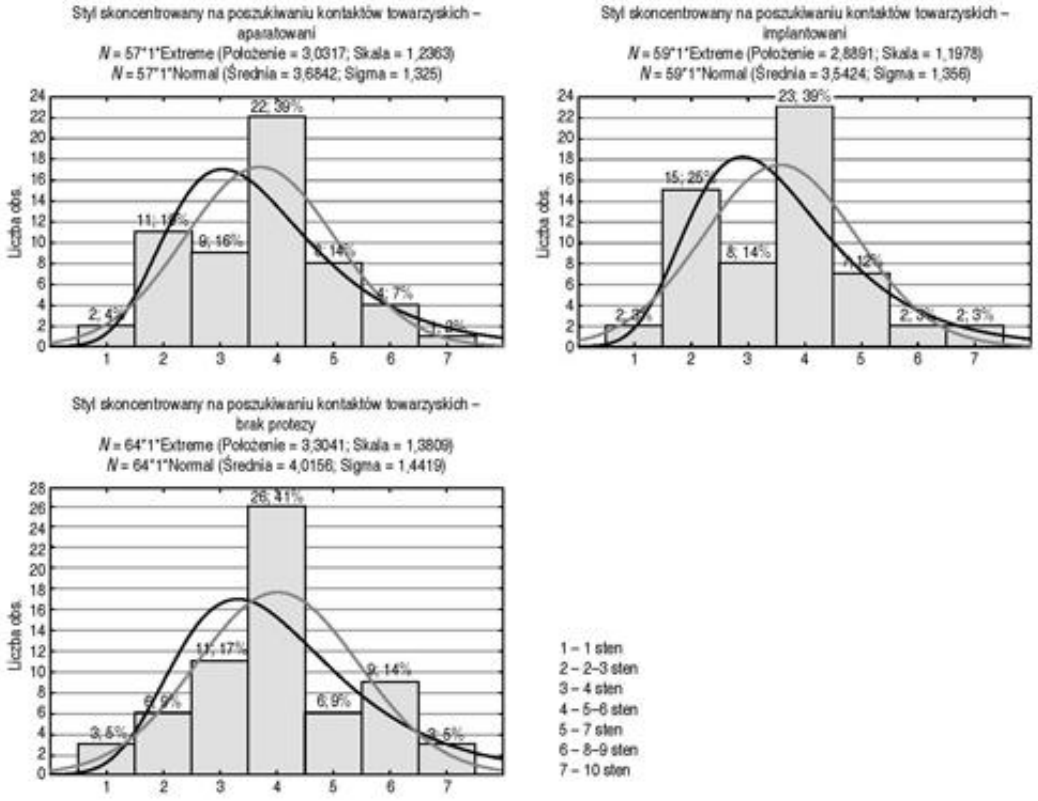

Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich – aparatowani
N = 57*1*Extreme (Położenie = 3,0317; Skala = 1,2363)
N = 57*1*Normal (Średnia = 3,6842; Sigma = 1,325)
Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich – implantowani
N = 59*1*Extreme (Położenie = 2,8891; Skala = 1,1978)
N = 59*1*Normal (Średnia = 3,5424; Sigma = 1,356)
Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich – brak protezy
N = 64*1*Extreme (Położenie = 3,3041; Skala = 1,3809)
N = 64*1*Normal (Średnia = 4,0156; Sigma = 1,4419)
Liczba obs.
1 – 1 sten
2 – 2–3 sten
3 – 4 sten
4 – 5–6 sten
5 – 7 sten
6 – 8–9 sten
7 – 10 sten

Tabela 88. Zestawienie różnic międzygrupowych dla stylów radzenia sobie ze stresem w próbie różnicowanej zmienną sposób protezowania

Styl skoncentrowany na emocjach			
M	{1} 42,27	{2} 47,39	{3} 45,51
Implantowani (1)		0,023*	0,230
Brak protezy (2)	0,023*		0,607
Aparatowani (3)	0,230	0,607	
MS międzygrupowe		111,41	
df		177,00	

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

6.7. Wyniki badań w podziale według zmiennej głębokość niedosłuchu

Analizując wyniki surowe osób z uszkodzonym słuchem w podziale na grupy według stopnia niedosłuchu, zauważa się, iż dla stylu skoncentrowanego na zadaniu badani z lekkim stopniem niedosłuchu uzyskują najwyższą średnią i medianę. Nieco niższe wartości notuje się dla badanych ze znacznym stopniem niedosłuchu, przy najniższych dla osób z umiarkowanym i głębokim stopniem niedosłuchu. Najniższą wartość średniej i mediany notuje się w próbie osób z umiarkowanym stopniem niedosłuchu, największą zmienność i rozrzut wyników – w próbie osób z głębokim niedosłuchem. W próbie z lekkim niedosłuchem odnotowuje się najmniejszy zakres obserwacji nieodstających oraz rozrzut wyników. W stylu skoncentrowanym na emocjach najwyższą wartość średniej i mediany ma próba osób z głębokim stopniem niedosłuchu, przy zbliżonych wartościach w pozostałych grupach. Najmniejszy zakres wartości nieodstających charakteryzuje wyniki próby osób z umiarkowanym stopniem niedosłuchu, przy porównywalnych w pozostałych grupach. W odniesieniu do rozkładu danych zauważa się, iż wśród osób z lekkim niedosłuchem więcej obserwacji notuje się w dolnym kwartylu, w próbie osób z umiarkowanym niedosłuchem – w górnym. W pozostałych grupach występuje względne podobieństwo danych. Najwyższy poziom wariancji uzyskują badani z głębokim niedosłuchem, najniższy – ci z umiarkowanym. Dla stylu skoncentrowanego na unikaniu najwyższą średnią i medianę notuje się w grupie badanych z umiarkowanym stopniem niedosłuchu, najniższe wartości osiągają respondenci ze znacznym stopniem niedosłyszenia. Badani uzyskują porównywalne wartości zakresów obserwacji nieodstających, podobny poziom koncentracji

wokół średniej/mediany. Największy rozrzut wyników notuje się dla próby z lekkim niedosłuchem, najmniejszy – dla badanych z umiarkowanym stopniem niedosłuchu. W stylu skoncentrowanym na angażowaniu się w czynności zastępcze badani z prób z umiarkowanym i głębokim niedosłuchem uzyskują podobne średnie oraz takie same mediany – są one wynikami najwyższymi. Najniższe wyniki średniej i mediany odnotowuje się dla próby ze znacznym stopniem niedosłuchu. W próbach obserwuje się podobny rozrzut wyników, nieco większe wartości wariancji wyników od pozostałych są wśród badanych z głębokim niedosłuchem. W przypadku stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich notuje się najwyższe wyniki średniej i mediany w próbie osób z lekkim niedosłuchem, wśród osób z głębokim stopniem niedosłuchu – najniższe.

W próbach obserwuje się bardzo podobny zakres wartości nieodstających oraz odchylenia ćwiartkowe. Największa zmienność wyników cechuje grupę osób z umiarkowanym stopniem niedosłuchu, najmniejsza – z głębokim. Biorąc pod uwagę wszystkie style w podziale według kryterium stopnia niedosłuchu, stwierdza się wartość kurtozy i skośności w przedziale +/–1, co pozwala domniemywać, że rozkłady danych są zbliżone do normalnego (tabela 89, wykres 54).

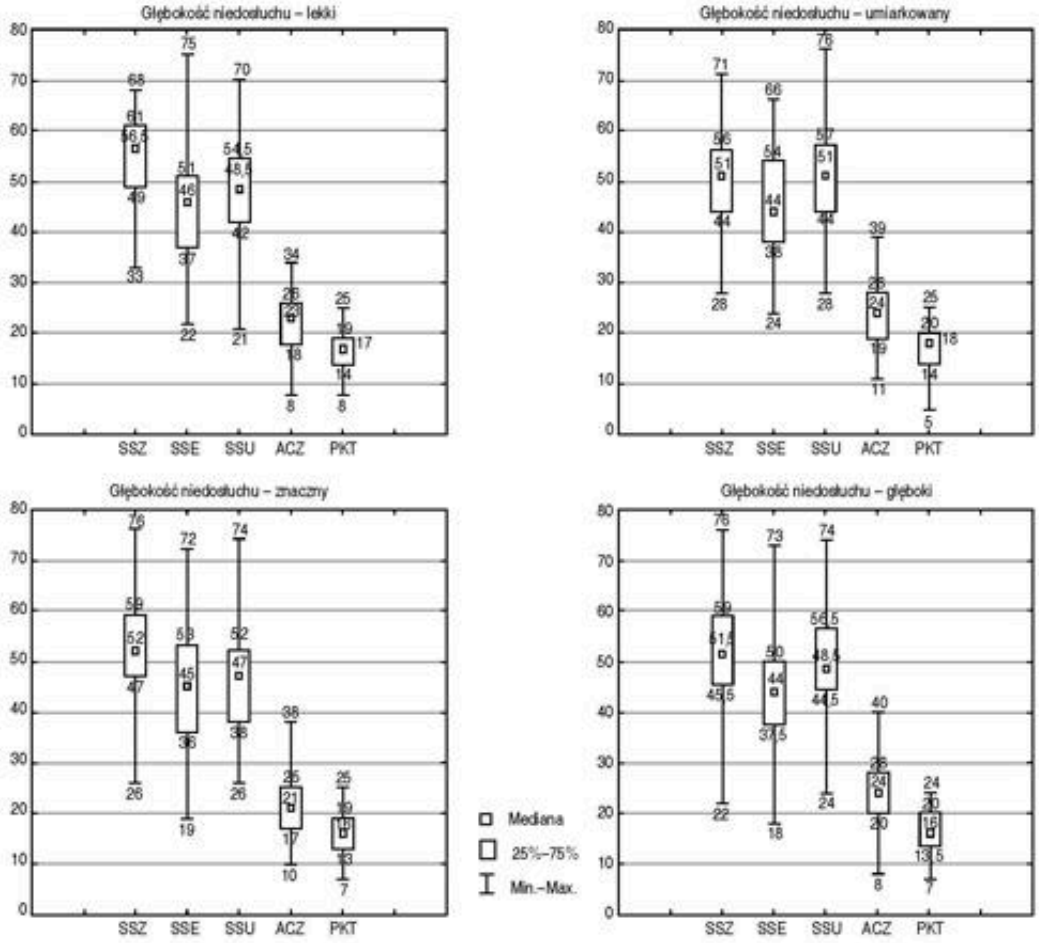
Tabela 89. Wyniki surowe dla stylów radzenia sobie ze stresem w podziale według głębokości niedosłuchu

Styl	*M*	*Me*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	SD^2	*SKE*	*K*
Niedosłuch lekki, *N* ważnych = 72										
Skoncentrowany na zadaniu	54,76	56,50	33,00	68,00	49,00	61,00	7,94	63,11	–0,55	–0,49
Skoncentrowany na emocjach	45,49	46,00	22,00	75,00	37,00	51,00	10,77	116,03	0,21	0,03
Skoncentrowany na unikaniu	48,00	48,50	21,00	70,00	42,00	54,50	10,27	105,41	–0,14	–0,05
Skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	21,71	23,00	8,00	34,00	18,00	26,00	6,10	37,25	–0,41	–0,35
Skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	17,06	17,00	8,00	25,00	14,00	19,00	4,05	16,39	–0,01	–0,46
Niedosłuch umiarkowany, *N* ważnych = 90										
Skoncentrowany na zadaniu	50,31	51,00	28,00	71,00	44,00	56,00	9,57	91,65	–0,09	–0,13
Skoncentrowany na emocjach	45,62	44,00	24,00	66,00	38,00	54,00	10,30	106,04	0,06	–0,75
Skoncentrowany na unikaniu	50,01	51,00	28,00	76,00	44,00	57,00	9,61	92,42	–0,16	–0,34
Skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	23,52	24,00	11,00	39,00	19,00	28,00	5,97	35,62	0,04	–0,39
Skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	16,90	18,00	5,00	25,00	14,00	20,00	4,41	19,44	–0,30	–0,31
Niedosłuch znaczny, *N* ważnych = 71										
Skoncentrowany na zadaniu	52,79	52,00	26,00	76,00	47,00	59,00	10,89	118,54	–0,01	–0,07
Skoncentrowany na emocjach	44,68	45,00	19,00	72,00	36,00	53,00	12,04	144,88	–0,03	–0,56
Skoncentrowany na unikaniu	45,89	47,00	26,00	74,00	38,00	52,00	10,01	100,24	0,33	0,27
Skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	21,21	21,00	10,00	38,00	17,00	25,00	5,98	35,77	0,46	0,29
Skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	16,37	16,00	7,00	25,00	13,00	19,00	4,03	16,24	0,00	–0,18
Niedosłuch głęboki, *N* ważnych = 80										
Skoncentrowany na zadaniu	50,70	51,50	22,00	76,00	45,50	59,00	11,05	122,04	–0,30	–0,22
Skoncentrowany na emocjach	43,90	44,00	18,00	73,00	37,50	50,00	12,32	151,74	–0,01	–0,14

Styl	*M*	*Me*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	*SD*²	*SKE*	*K*
Skoncentrowany na unikaniu	49,30	48,50	24,00	74,00	44,50	56,50	9,66	93,40	–0,27	0,09
Skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	23,64	24,00	8,00	40,00	20,00	28,00	6,24	38,89	–0,24	0,15
Skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	16,15	16,00	7,00	24,00	13,50	20,00	3,94	15,55	–0,04	–0,59

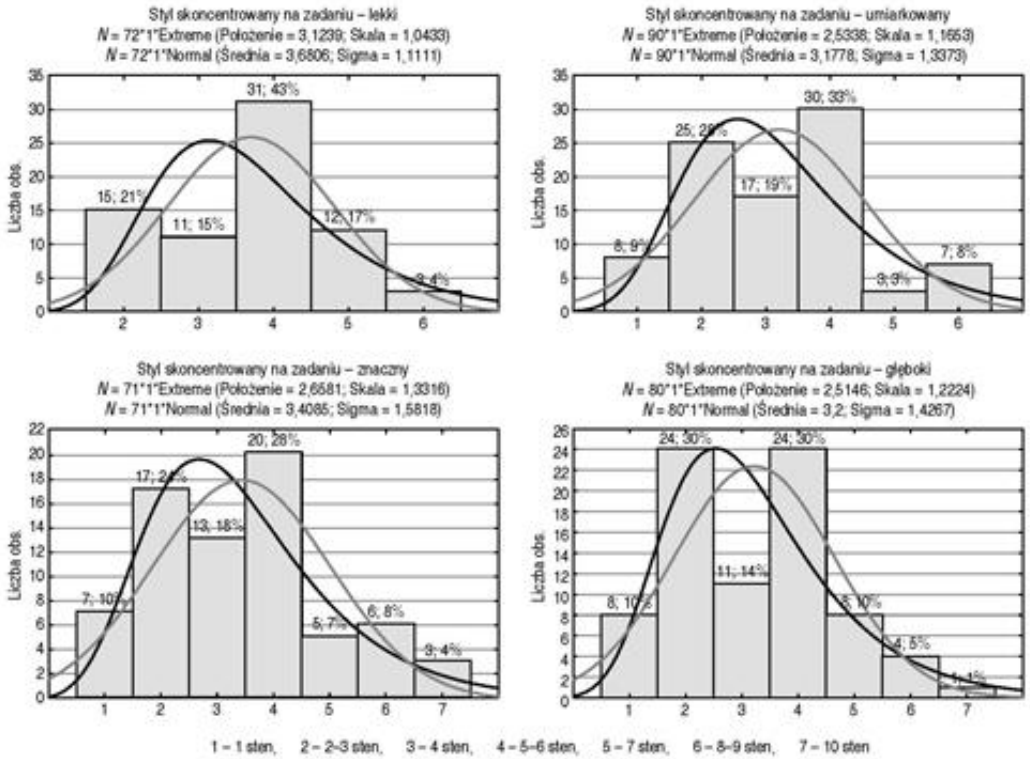
SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze; PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

Wykres 54. Zestawienie wyników surowych dla stylów radzenia sobie ze stresem w podziale według głębokości niedosłuchu.



Analizując wyniki danych przeliczonych, można zauważyć, iż we wszystkich grupach wyodrębnionych ze względu na stopień niedosłuchu obserwuje się niskie wartości stylu skoncentrowanego na zadaniu, przy czym trend ten utrzymuje się w próbie z lekkim niedosłuchem przy procentowej przewadze wyników przeciętnych (43% respondentów), natomiast zdecydowanie dominuje ich niski poziom dla pozostałych grup, przy stosunku wynoszącym 54% dla wartości poniżej przeciętnych do 16% dla wyników powyżej przeciętnych w grupie z głębokim stopniem niedosłuchu, 52% do 19% wśród osób ze znacznym stopniem niedosłuchu, 56% do 11% wśród badanych z umiarkowanym stopniem niedosłyszenia (wykres 55).

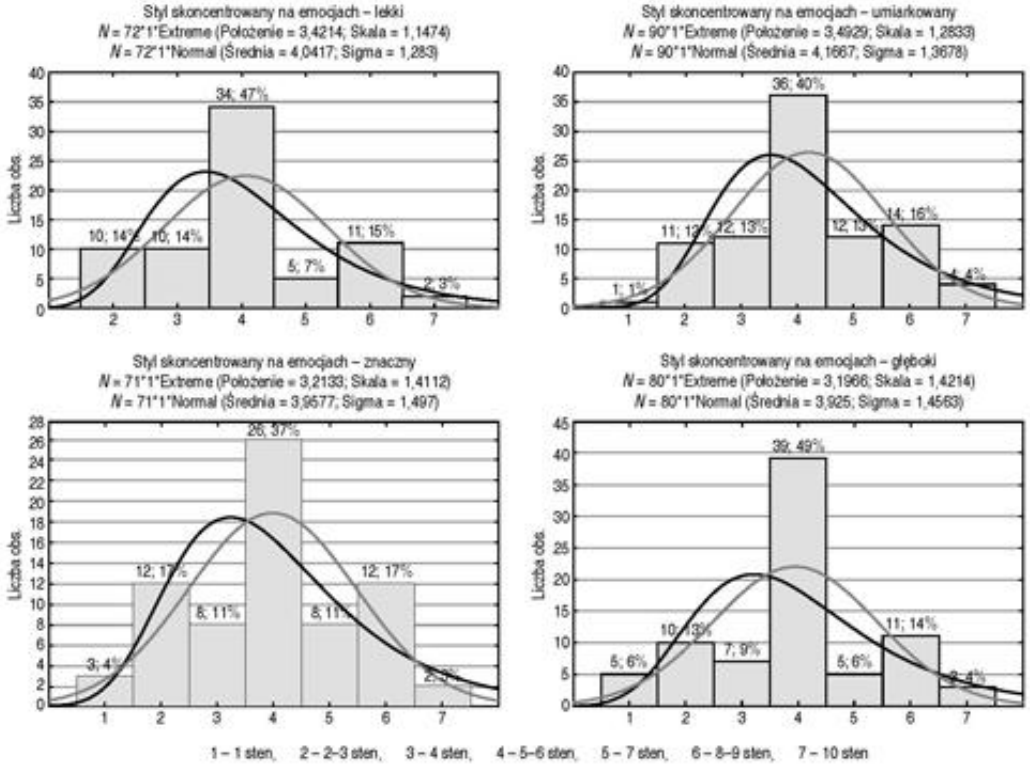
Wykres 55. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na zadaniu w podziale według głębokości niedosłuchu.


Styl skoncentrowany na zadaniu – lekki
N = 72*1*Extreme (Położenie = 3,1239; Skala = 1,0433)
N = 72*1*Normal (Średnia = 3,6806; Sigma = 1,1111)
Liczba obs.
15; 21%
11; 15%
31; 43%
12; 17%
3; 4%
Styl skoncentrowany na zadaniu – umiarkowany
N = 90*1*Extreme (Położenie = 2,5338; Skala = 1,1653)
N = 90*1*Normal (Średnia = 3,1778; Sigma = 1,3373)
8; 9%
25; 28%
17; 19%
30; 33%
3; 3%
7; 8%
Styl skoncentrowany na zadaniu – znaczny
N = 71*1*Extreme (Położenie = 2,6581; Skala = 1,3316)
N = 71*1*Normal (Średnia = 3,4085; Sigma = 1,5818)
7; 10%
17; 24%
13; 18%
20; 28%
5; 7%
6; 8%
3; 4%
Styl skoncentrowany na zadaniu – głęboki
N = 80*1*Extreme (Położenie = 2,5146; Skala = 1,2224)
N = 80*1*Normal (Średnia = 3,2; Sigma = 1,4267)
8; 10%
24; 30%
11; 14%
24; 30%
4; 5%
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

Obserwując rozkłady wyników przeliczonych w poszczególnych grupach dla stylu skoncentrowanego na emocjach, stwierdza się,

iż we wszystkich próbach dominują wyniki z przedziału przeciętnych: 5 i 6 sten uzyskuje 47% respondentów z lekkim niedosłuchem, 40% z umiarkowanym, 37% ze znacznym i 49% z głębokim, przy względnej równowadze i symetryczności rozkładu wyników poniżej przeciętnych i powyżej przeciętnych: w próbie osób z lekkim niedosłuchem notuje się 28% wyników poniżej przeciętnych i 25% powyżej przeciętnych, w próbie osób z niedosłuchem umiarkowanym – odpowiednio 26% i 33%, wśród badanych z niedosłuchem znacznym – 32% i 31% oraz z głębokim – 28% i 24% (wykres 56).

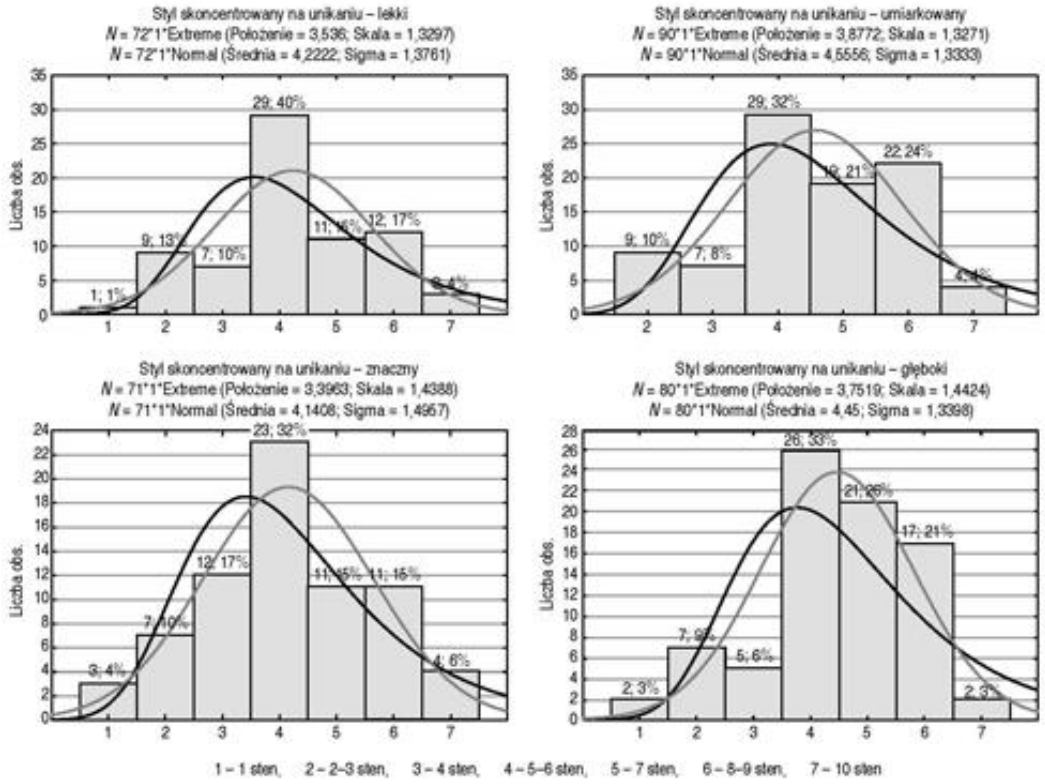
Wykres 56. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na emocjach w podziale według głębokości niedosłuchu.


Styl skoncentrowany na emocjach – lekki
N = 72*1*Extreme (Położenie = 3,4214; Skala = 1,1474)
N = 72*1*Normal (Średnia = 4,0417; Sigma = 1,283)
Styl skoncentrowany na emocjach – umiarkowany
N = 90*1*Extreme (Położenie = 3,4929; Skala = 1,2833)
N = 90*1*Normal (Średnia = 4,1667; Sigma = 1,3678)
Styl skoncentrowany na emocjach – znaczny
N = 71*1*Extreme (Położenie = 3,2133; Skala = 1,4112)
N = 71*1*Normal (Średnia = 3,9577; Sigma = 1,497)
Styl skoncentrowany na emocjach – głęboki
N = 80*1*Extreme (Położenie = 3,1966; Skala = 1,4214)
N = 80*1*Normal (Średnia = 3,925; Sigma = 1,4563)
Liczba obs.
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

Analizując rozkłady wyników dla stylu skoncentrowanego na unikaniu, obserwuje się przesunięcie wyników badań we wszystkich podgrupach w stronę wartości wyższych. Wśród

respondentów z lekkim stopniem niedosłuchu dominują wyniki przeciętne (40%), jednak stosunek wyników poniżej (24%) i powyżej (36%) przeciętnych nakazuje przyjąć, iż odchylają się one w stronę wyższych. W próbie z umiarkowanym niedosłuchem 49-procentowy udział wyników powyżej przeciętnych, przy 18% poniżej przeciętnych i 32% przeciętnych nakazuje określić udział stylu unikowego w walce ze stresem jako wysoki. W przypadku badanych z próby ze znacznym niedosłuchem obserwuje się podobną sytuację do tej w próbie osób z niedosłuchem lekkim: stosunek wartości wyników powyżej przeciętnych i poniżej przeciętnych wynosi 36% do 31%, przy 32% z zakresu przeciętnych, co pozwala na zdiagnozowanie tendencji do podwyższania się udziału stylu unikowego w walce ze stresem. W próbie osób z głębokim niedosłuchem obserwuje się analogiczną sytuację do tej w próbie z uszkodzeniem w stopniu umiarkowanym, przy stosunku wyników powyżej przeciętnych do poniżej przeciętnych wynoszącym 50% do 18% i 33% wyników przeciętnych (wykres 57).

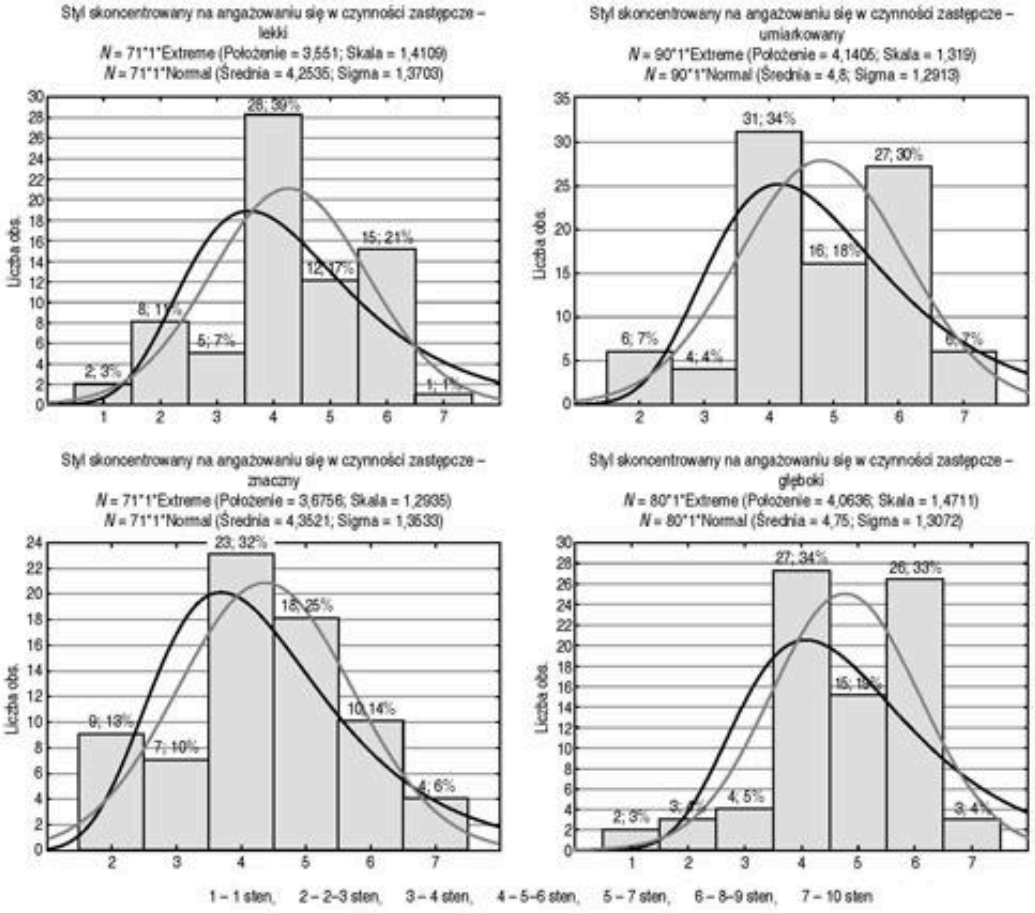
Wykres 57. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na unikaniu w podziale według sposobu protezowania.


Styl skoncentrowany na unikaniu – lekki
N = 72*1*Extreme (Położenie = 3,536; Skala = 1,3297)
N = 72*1*Normal (Średnia = 4,2222; Sigma = 1,3761)
Styl skoncentrowany na unikaniu – umiarkowany
N = 90*1*Extreme (Położenie = 3,8772; Skala = 1,3271)
N = 90*1*Normal (Średnia = 4,5556; Sigma = 1,3333)
Styl skoncentrowany na unikaniu – znaczny
N = 71*1*Extreme (Położenie = 3,3953; Skala = 1,4388)
N = 71*1*Normal (Średnia = 4,1408; Sigma = 1,4957)
Styl skoncentrowany na unikaniu – głęboki
N = 80*1*Extreme (Położenie = 3,7519; Skala = 1,4424)
N = 80*1*Normal (Średnia = 4,45; Sigma = 1,3398)
Liczba obs.
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

Rozpatrując wyniki dla podstylów stylu unikowego, zauważa się, iż respondenci ze wszystkich grup ukierunkowują swój styl przezwyciężania stresu na angażowanie się w czynności zastępcze, przy czym wśród osób z lekkim niedosłuchem obserwuje się równość wyników przeciętnych oraz powyżej przeciętnych wynoszącą 39%, przy 21-procentowym udziale wyników poniżej przeciętnych. W próbie z umiarkowanym stopniem niedosłuchu 55% badanych uzyskuje wyniki powyżej poziomu przeciętnego (obserwuje się tu również drugie maksimum, dla stenów 8 i 9 – wyniki wysokie), 11% – wyniki z przedziału poniżej wartości przeciętnych i 34% – wyniki przeciętne. Podobny rozkład wyników obserwuje się wśród badanych z grupy ze znacznym niedosłuchem, przy czym tu stosunek wyników powyżej przeciętnych do poniżej przeciętnych wynosi 45% do 23%, przy 32-procentowym udziale wyników

przeciętnych. Wśród badanych z grupy z głębokim stopniem niedosłuchu rozkład wyników też wskazuje na dominację tych z przedziału powyżej przeciętnych, przy czym obserwuje się dwa maksima: pierwsze dla stenów 5, 6 (wyniki przeciętne) oraz drugie obejmujące 8 i 9 sten (wyniki wysokie), a odsetek ich wynosi 56%, przy 34-procentowym udziale wyników przeciętnych i 12-procentowym wyników poniżej przeciętnych (wykres 58).

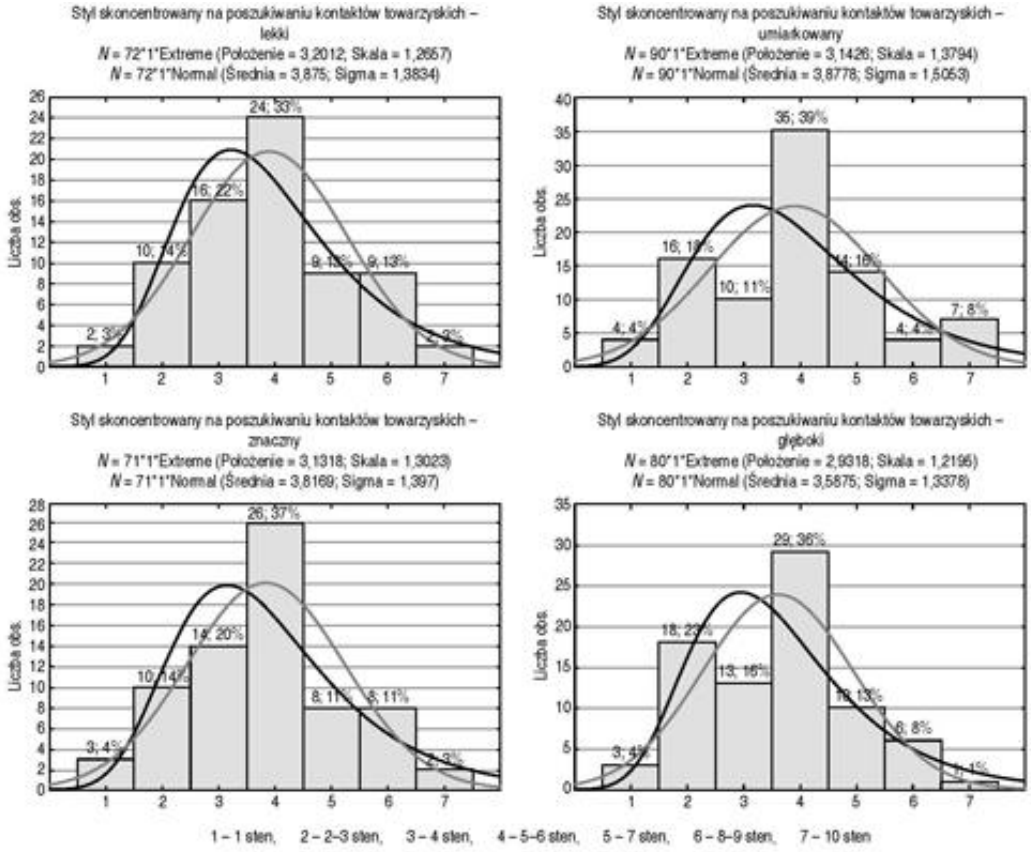
Wykres 58. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na angażowaniu się w czynności zastępcze w podziale według głębokości niedosłuchu.


Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze – lekki
N = 71*1*Extreme (Położenie = 3,551; Skala = 1,4109)
N = 71*1*Normal (Średnia = 4,2535; Sigma = 1,3703)
Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze – umiarkowany
N = 90*1*Extreme (Położenie = 4,1405; Skala = 1,319)
N = 90*1*Normal (Średnia = 4,8; Sigma = 1,2913)
Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze – znaczny
N = 71*1*Extreme (Położenie = 3,6756; Skala = 1,2935)
N = 71*1*Normal (Średnia = 4,3521; Sigma = 1,3633)
Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze – głęboki
N = 80*1*Extreme (Położenie = 4,0636; Skala = 1,4711)
N = 80*1*Normal (Średnia = 4,75; Sigma = 1,3072)
Liczba obs.
2; 3%
8; 11%
5; 7%
28; 39%
15; 21%
1; 1%
6; 7%
4; 4%
31; 34%
16; 18%
27; 30%
9; 13%
7; 10%
23; 32%
18; 25%
10; 14%
4; 6%
2; 3%
4; 5%
27; 34%
26; 33%
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

W rozkładzie wyników badań dla podstylu skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich zauważa się jego niski udział w walce ze stresem we wszystkich podgrupach. Wśród badanych z lekkim niedosłuchem stosunek wyników poniżej

przeciętnych do powyżej przeciętnych wynosi 39% do 29%, przy 33% przeciętnych. Wśród osób z umiarkowanym niedosłuchem przeważają wyniki przeciętne (39%), poniżej przeciętnych jest 33%, a powyżej – 28%. W grupie osób ze znacznym niedosłuchem 38% to wartości poniżej przeciętnych, 37% przeciętne, 25% powyżej przeciętnych, przy czym rozkład danych jest podobny do uzyskanego w przypadku niedosłuchu lekkiego. W grupie z głębokim niedosłuchem rozkład danych jest analogiczny do obserwowanego w próbie osób z umiarkowanym stopniem niedosłuchu, przy wynikach poniżej przeciętnych uzyskiwanych przez 43% respondentów, przeciętnych przez 36% oraz powyżej przeciętnych przez 22% badanych (wykres 59).

Wykres 59. Zestawienie wyników przeliczonych dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich w podziale według głębokości niedosłuchu.


Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich – lekki
N = 72*1*Extreme (Położenie = 3,2012; Skala = 1,2657)
N = 72*1*Normal (Średnia = 3,875; Sigma = 1,3834)
Liczba obs.
2; 3%
10; 14%
16; 22%
24; 33%
9; 13%
9; 13%
2; 3%
Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich – umiarkowany
N = 90*1*Extreme (Położenie = 3,1426; Skala = 1,3794)
N = 90*1*Normal (Średnia = 3,8778; Sigma = 1,5053)
Liczba obs.
4; 4%
16; 18%
10; 11%
35; 39%
14; 16%
4; 4%
7; 8%
Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich – znaczny
N = 71*1*Extreme (Położenie = 3,1318; Skala = 1,3023)
N = 71*1*Normal (Średnia = 3,8169; Sigma = 1,397)
Liczba obs.
3; 4%
10; 14%
14; 20%
26; 37%
8; 11%
8; 11%
3; 4%
Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich – głęboki
N = 80*1*Extreme (Położenie = 2,9318; Skala = 1,2196)
N = 80*1*Normal (Średnia = 3,5875; Sigma = 1,3378)
Liczba obs.
3; 4%
18; 23%
13; 16%
29; 36%
10; 13%
6; 8%
1; 1%
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

Aby określić istotność różnic w rozkładach wyników badań osób z różną głębokością niedosłuchu, przeprowadzono analizę wariancji (parametryczna ANOVA). Wyniki Lambda Wilksa = 0,89, $F(15, 842{,}37) = 2{,}35$, $p = 0{,}003$ pozwalają na stwierdzenie, iż głębokość niedosłuchu różnicuje wyniki badań nad stylami radzenia sobie ze stresem.

W analizach *post hoc* testem Tukeya dla różnych *N* ujawnił się związek pomiędzy głębokością niedosłuchu a stylem skoncentrowanym na zadaniu. Osoby z lekkim niedosłuchem istotnie mocniej ukierunkowują walkę ze stresem na styl zadaniowy niż osoby z niedosłuchem umiarkowanym (tabela 90).

Tabela 90. Zestawienie różnic międzygrupowych dla stylów radzenia sobie ze stresem w próbie różnicowanej zmienną głębokość niedosłuchu

Styl skoncentrowany na zadaniu				
M	{1} 52,79	{2} 54,76	{3} 50,70	{4} 50,31
Znaczny		0,638	0,594	0,447
Lekki	0,638		0,068	0,036*
Głęboki	0,594	0,068		0,995
Umiarkowany	0,447	0,036*	0,995	
MS międzygrupowe		98,95		
df		309,00		

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

7. Zestawienie wyników badań nad samooceną osób z uszkodzonym narządem słuchu kwestionariuszem MSEI

7.1. Wyniki badań ogółem

Badania nad samooceną osób z uszkodzonym słuchem analizowane były w kontekście 10 obszarów (nazywanych inaczej skalami) samooceny oraz wyniku całościowego. Badani dokonali wartościowania wybranych aspektów własnego funkcjonowania, zdolności oraz efektywności. Oceniane były także spójność obrazu siebie oraz potrzeba aprobaty społecznej. W tabeli 91 oraz na wykresie 60 przedstawiono surowe wyniki badań nad samooceną osób z uszkodzonym słuchem.

Wyniki badań kwestionariuszem MSEI pokazują podobny rozrzut oraz zakres wartości nieodstających wszystkich wyróżnionych obszarów poza obronnym wzmacnianiem samooceny. Tu średnia znacznie odbiega od pozostałych obserwowanych, co wynika ze sposobu zliczania punktów do skal. Największe zróżnicowanie wyników notowane jest dla bycia kochanym oraz witalności, najmniejsze – dla samokontroli oraz integracji tożsamości. Wartości kurtozy i skośności oscylują w granicach 0 do +/−1. Można przyjąć, iż zbiory wartości zbliżone są do rozkładu normalnego.

Na podstawie wyników surowych nie można wnioskować o profilu samooceny badanych. Informacje takie uzyskano po

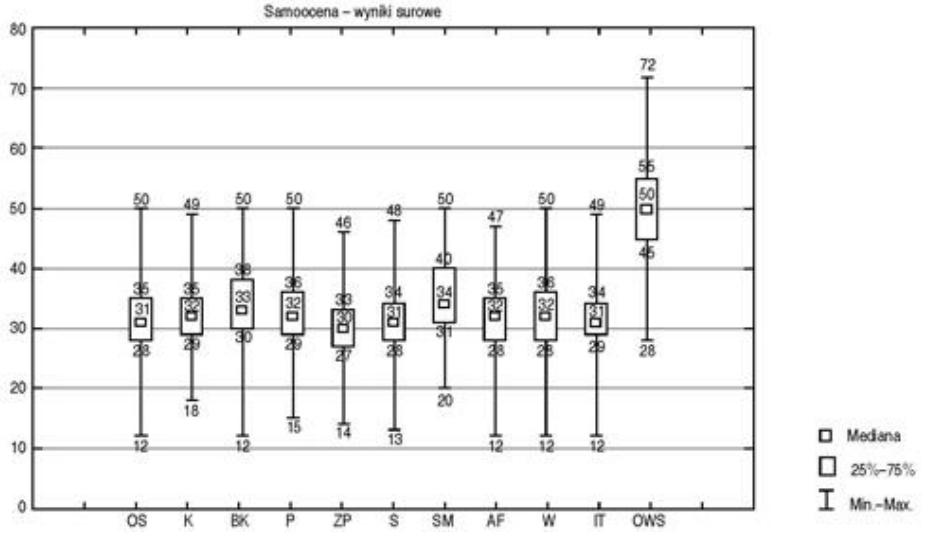
przeliczeniu wyników w skali.

Tabela 91 Wyniki surowe dla ogólnej samooceny i jej komponentów w próbie ogółem

Samoocena	*M*	*Me*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	*SD*2	*SKE*	*K*
				N ważnych = 409						
Ogólna samoocena	31,06	31,00	12,00	50,00	28,00	35,00	5,74	32,90	–0,04	0,73
Kompetencje	32,07	32,00	18,00	49,00	29,00	35,00	5,15	26,51	0,35	0,13
Bycie kochanym	33,95	33,00	12,00	50,00	30,00	38,00	6,35	40,31	0,11	0,42
Popularność	32,37	32,00	15,00	50,00	29,00	36,00	5,66	32,01	–0,01	0,56
Zdolności przywódcze	29,90	30,00	14,00	46,00	27,00	33,00	5,30	28,05	0,13	0,20
Samokontrola	30,82	31,00	13,00	48,00	28,00	34,00	5,07	25,68	0,09	0,90
Samoakceptacja moralna	35,44	34,00	20,00	50,00	31,00	40,00	5,88	34,57	0,31	–0,40
Atrakcyjność fizyczna	31,06	32,00	12,00	47,00	28,00	35,00	5,84	34,09	–0,25	0,47
Witalność	31,94	32,00	12,00	50,00	28,00	36,00	6,38	40,68	–0,17	0,25
Integracja tożsamości	31,29	31,00	12,00	49,00	29,00	34,00	5,07	25,69	0,24	1,34
Obronne wzmacnianie samooceny	50,20	50,00	28,00	72,00	45,00	55,00	7,52	56,48	0,10	0,10

OS – ogólna samoocena; K – kompetencje; BK – bycie kochanym; P – popularność; ZP – zdolności przywódcze; S –samokontrola; SM – samoakceptacja moralna; AF – atrakcyjność fizyczna; W – witalność; IT – integracja tożsamości; OWS – obronne wzmacnianie samooceny

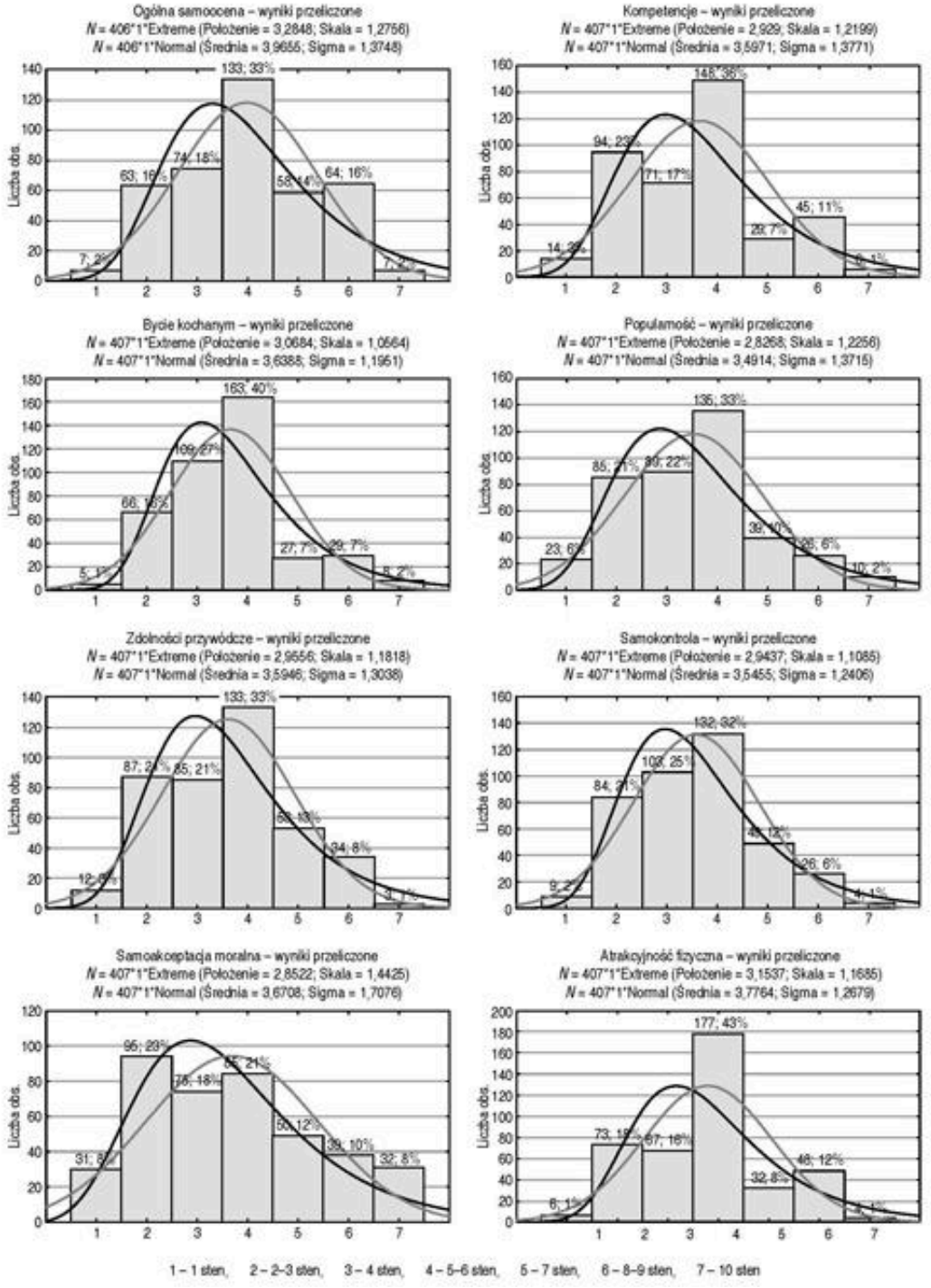
Wykres 60. Wyniki surowe dla samooceny i jej komponentów w próbie ogółem.

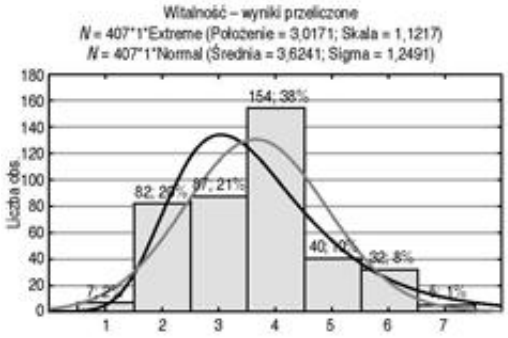


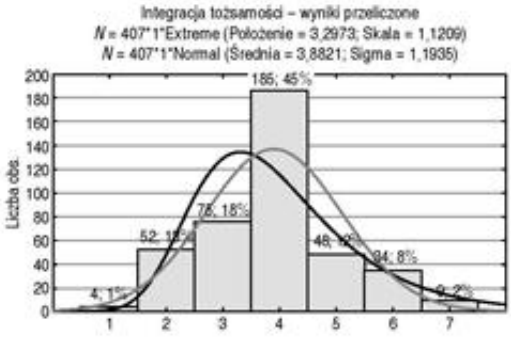
W ocenie jakościowej wyników badań nad samooceną posłużono się taką samą skalą jak w przypadku kwestionariusza CISS (rozdział 6, tabela 78).

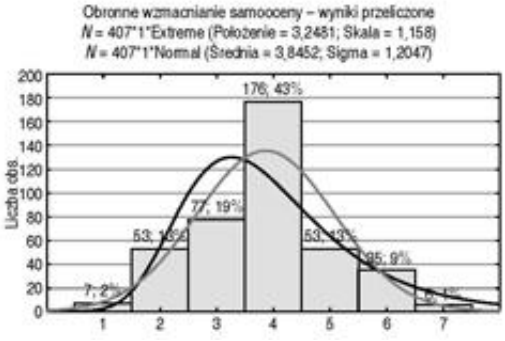
Analizując rozkłady wyników badań przeliczonych, stwierdza się, iż w zakresie samooceny ogólnej dominują wyniki z przedziału przeciętnych, jednak biorąc pod uwagę zsumowane wartości poniżej przeciętnych i powyżej przeciętnych, zauważa się podobne odsetki obserwacji, sięgające odpowiednio 36% i 32%. W zakresie kompetencji notuje się przesunięcie wyników w stronę wartości poniżej przeciętnych, a tu dominację 2 i 3 stenu – wyników niskich. Łącznie rezultaty poniżej wyników przeciętnych uzyskuje 43% badanych, przy 36% przeciętnych i 19% powyżej przeciętnych. Mocne przesunięcie wartości wyników w stronę poniżej przeciętnych dotyczy bycia kochanym: 44% obserwacji przypada dla wyników poniżej przeciętnych, przy 40% przeciętnych i 16% powyżej przeciętnych. Podobny rozkład obserwuje się dla obszaru popularność. Stosunkowo nisko swoją popularność ocenia 49% badanych, przeciętnie – 33% i wyżej niż przeciętnie – 18%. W zakresie oceny zdolności przywódczych również obserwuje się dominację wyników świadczących o niskiej ocenie tego obszaru. Wyniki poniżej poziomu przeciętnego uzyskuje 45% respondentów, wyniki przeciętne – 33%, a powyżej przeciętnych – jedynie 22%. Bardzo zbliżone rezultaty badani osiągają także w obszarze samokontroli: 48% to wyniki poniżej przeciętnych, 32% – przeciętne, a 19% – powyżej przeciętnych. Obserwuje się zdecydowaną dominację wyników z zakresu poniżej przeciętnych dla samoakceptacji moralnej (wyniki poniżej przeciętnych uzyskuje 49% badanych, przy 21% przeciętnych i 30% powyżej przeciętnych), jak również dla witalności (43% poniżej przeciętnych, 38% – przeciętne, 19% – powyżej przeciętnych). W przypadku atrakcyjności fizycznej, integracji tożsamości oraz obronnego wzmacniania samooceny notuje się przewagę wyników przeciętnych (43% do 45%) z tendencją do obniżania samooceny w tych obszarach (wykres 61).

Wykres 61. Wyniki przeliczone dla samooceny i jej komponentów w próbie ogółem.


Ogólna samoocena – wyniki przeliczone
N = 406*1*Extreme (Położenie = 3,2848; Skala = 1,2756)
N = 406*1*Normal (Średnia = 3,9655; Sigma = 1,3748)
Kompetencje – wyniki przeliczone
N = 407*1*Extreme (Położenie = 2,929; Skala = 1,2199)
N = 407*1*Normal (Średnia = 3,5971; Sigma = 1,3771)
Bycie kochanym – wyniki przeliczone
N = 407*1*Extreme (Położenie = 3,0684; Skala = 1,0564)
N = 407*1*Normal (Średnia = 3,6388; Sigma = 1,1951)
Popularność – wyniki przeliczone
N = 407*1*Extreme (Położenie = 2,8268; Skala = 1,2256)
N = 407*1*Normal (Średnia = 3,4914; Sigma = 1,3715)
Zdolności przywódcze – wyniki przeliczone
N = 407*1*Extreme (Położenie = 2,9556; Skala = 1,1818)
N = 407*1*Normal (Średnia = 3,5946; Sigma = 1,3038)
Samokontrola – wyniki przeliczone
N = 407*1*Extreme (Położenie = 2,9437; Skala = 1,1055)
N = 407*1*Normal (Średnia = 3,5455; Sigma = 1,2406)
Samoakceptacja moralna – wyniki przeliczone
N = 407*1*Extreme (Położenie = 2,8522; Skala = 1,4425)
N = 407*1*Normal (Średnia = 3,6708; Sigma = 1,7076)
Atrakcyjność fizyczna – wyniki przeliczone
N = 407*1*Extreme (Położenie = 3,1537; Skala = 1,1685)
N = 407*1*Normal (Średnia = 3,7764; Sigma = 1,2679)
Liczba obs.
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten







1 – 1 sten
2 – 2–3 sten
3 – 4 sten
4 – 5–6 sten
5 – 7 sten
6 – 8–9 sten
7 – 10 sten

7.2. Wyniki badań w podziale według zmiennej płeć

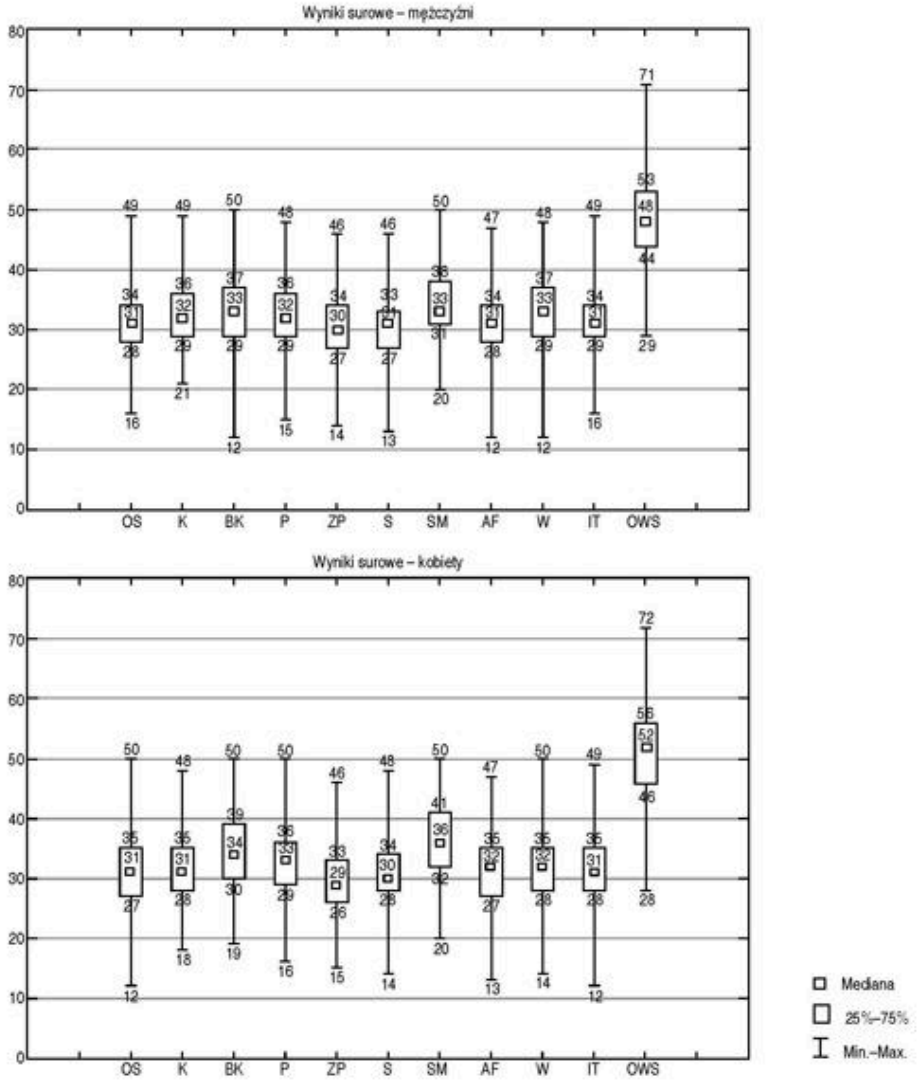
Dokonując analizy wyników surowych w podziale według płci, zauważa się, iż średnie dla samooceny ogółem oraz obszarów: popularność, samokontrola i integracja tożsamości przyjmują porównywalne wartości w grupach kobiet i mężczyzn. Nieco wyższe średnie w próbie mężczyzn niż kobiet notuje się dla obszarów samooceny: kompetencje, bycie kochanym, zdolności przywódcze i witalność. W próbie kobiet wyższe średnie niż w próbie mężczyzn dotyczą takich obszarów, jak: samoakceptacja moralna, atrakcyjność fizyczna oraz obronne wzmacnianie samooceny. Wartości mediany jedynie dla obszarów samoakceptacja moralna oraz obronne wzmacnianie samooceny są wyższe w grupie kobiet niż w grupie mężczyzn odpowiednio o 3 i 4 pkt, w przypadku pozostałych wahają się w okolicach jednego punktu. Analizując rozrzut wyników, notuje się w próbach nieznaczne różnice. Na podstawie wariancji można stwierdzić, iż największe zróżnicowanie wyników (wyłączając obszar obrone wzmacnianie samooceny) w próbie mężczyzn notuje się dla witalności, najmniejsze – dla integracji tożsamości. W próbie kobiet największą wartość wariancji przyjmują wyniki z obszaru bycie kochanym, najmniejszą – z obszaru samokontrola. Zarówno w próbie kobiet, jak i mężczyzn kurtoza oraz skośność w każdej ze skal przyjmują wartości +/–1 i rozkłady danych zbliżają się do normalnego (tabela 92, wykres 62).

Tabela 92 Wyniki surowe dla ogólnej samooceny i jej komponentów w podziale według zmiennej płeć

Samoocena	*M*	*Me*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	*SD*²	*SKE*	*K*
Mężczyźni, *N* ważnych = 194										
Ogólna samoocena	31,09	31,00	16,00	49,00	28,00	34,00	5,16	26,59	0,15	0,73
Kompetencje	32,30	32,00	21,00	49,00	29,00	36,00	5,14	26,43	0,42	0,10
Bycie kochanym	33,06	33,00	12,00	50,00	29,00	37,00	6,06	36,76	–0,36	1,18
Popularność	32,21	32,00	15,00	48,00	29,00	36,00	5,58	31,17	–0,02	0,71
Zdolności przywódcze	30,35	30,00	14,00	46,00	27,00	34,00	5,27	27,75	0,04	0,20
Samokontrola	30,67	31,00	13,00	46,00	27,00	33,00	5,11	26,09	0,21	0,95
Samoakceptacja moralna	34,43	33,00	20,00	50,00	31,00	38,00	5,68	32,27	0,41	–0,13
Atrakcyjność fizyczna	30,91	31,00	12,00	47,00	28,00	34,00	5,52	30,47	–0,19	0,80
Witalność	32,36	33,00	12,00	48,00	29,00	37,00	6,50	42,31	–0,37	0,46
Integracja tożsamości	31,21	31,00	16,00	49,00	29,00	34,00	4,71	22,16	0,29	1,24
Obronne wzmacnianie samooceny	48,78	48,00	29,00	71,00	44,00	53,00	7,30	53,32	0,21	0,17
Kobiety, *N* ważnych = 215										
Ogólna samoocena	31,03	31,00	12,00	50,00	27,00	35,00	6,22	38,74	–0,13	0,58
Kompetencje	31,86	31,00	18,00	48,00	28,00	35,00	5,16	26,63	0,30	0,16
Bycie kochanym	34,75	34,00	19,00	50,00	30,00	39,00	6,51	42,34	0,42	–0,43
Popularność	32,51	33,00	16,00	50,00	29,00	36,00	5,73	32,88	0,00	0,47
Zdolności przywódcze	29,50	29,00	15,00	46,00	26,00	33,00	5,30	28,11	0,22	0,30
Samokontrola	30,96	30,00	14,00	48,00	28,00	34,00	5,04	25,39	–0,02	0,93
Samoakceptacja moralna	36,36	36,00	20,00	50,00	32,00	41,00	5,92	35,03	0,22	–0,55
Atrakcyjność fizyczna	31,19	32,00	13,00	47,00	27,00	35,00	6,12	37,48	–0,29	0,25
Witalność	31,56	32,00	14,00	50,00	28,00	35,00	6,25	39,09	0,02	0,16
Integracja tożsamości	31,37	31,00	12,00	49,00	28,00	35,00	5,38	28,98	0,19	1,32
Obronne wzmacnianie samooceny	51,47	52,00	28,00	72,00	46,00	56,00	7,49	56,16	–0,01	0,23

OS – ogólna samoocena; K – kompetencje; BK – bycie kochanym; P – popularność; ZP – zdolności przywódcze; S –samokontrola; SM – samoakceptacja moralna; AF – atrakcyjność fizyczna; W – witalność; IT – integracja tożsamości; OWS – obronne wzmacnianie samooceny

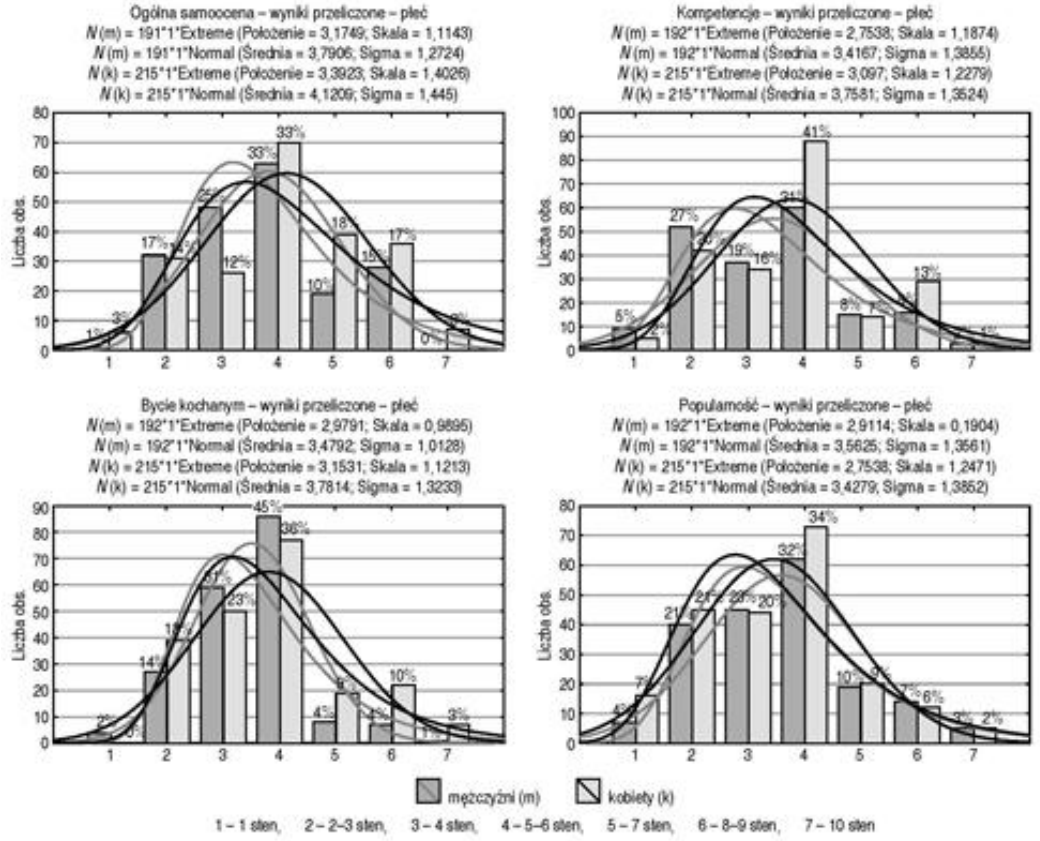
Wykres 62. Zestawienie wyników surowych dla samooceny i jej komponentów w podziale według płci.



Analizując rozkład danych przeliczonych z uwzględnieniem kategorii płeć dla ogólnej samooceny, zauważa się, iż w próbie mężczyzn wyniki przesunięte są w stronę wartości niskich, wśród kobiet – w stronę wysokich. Wśród mężczyzn 42% uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, 25% – powyżej przeciętnych. W grupie kobiet wyniki poniżej przeciętnych ma 29% respondentek, powyżej przeciętnych – 38%. W zakresie wartości przeciętnych stwierdza się równość (33% wyników) w obu grupach. W przypadku obszaru kompetencje w obu próbach wyniki

przesunięte są w stronę wartości niskich, przy czym w próbie kobiet trend ten jest znacznie słabszy niż w próbie mężczyzn. W grupie tej notuje się przewagę wyników z przedziału przeciętnych (41%) przy 38% wyników poniżej przeciętnych i 21% powyżej przeciętnych. W grupie mężczyzn natomiast 51% badanych uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, przy 31% z zakresu przeciętnych i 18% powyżej przeciętnych. Analizując rozkład przeliczonych wyników dotyczących bycia kochanym, zauważa się podobną sytuację jak w przypadku kompetencji. W próbie mężczyzn wyniki badań silnie przesuwają się w stronę wartości niskich, u kobiet trend ten jest słabszy, jednak również widoczny. Wśród mężczyzn 47% badanych uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, przy 45% z przedziału przeciętnych i 9 % powyżej przeciętnych; w grupie kobiet 41% respondentek uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, przy 36% przeciętnych i 22% powyżej przeciętnych. W odniesieniu do obszaru popularność notuje się podobne rozkłady w obu próbach: wyniki przesunięte są w stronę wartości poniżej przeciętnych (48% próby mężczyzn i kobiet uzyskuje taki wynik), przy 32–34-procentowym udziale wyników przeciętnych i 17–20-procentowym wyników powyżej przeciętnych (wykres 63).

Wykres 63. Zestawienie wyników przeliczonych dla samooceny ogólnej oraz komponentów: kompetencje, bycie kochanym, popularność, w podziale według płci.

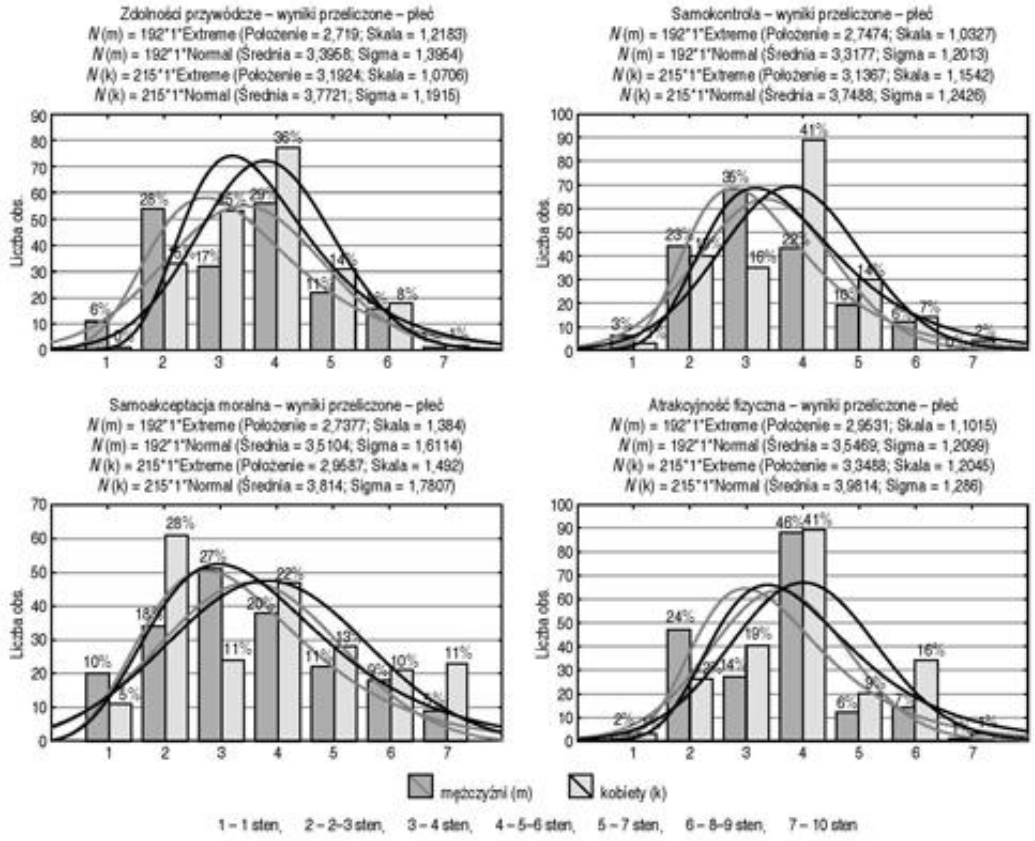

Ogólna samoocena – wyniki przeliczone – płeć
N (m) = 191*1*Extreme (Położenie = 3,1749; Skala = 1,1143)
N (m) = 191*1*Normal (Średnia = 3,7906; Sigma = 1,2724)
N (k) = 215*1*Extreme (Położenie = 3,3923; Skala = 1,4026)
N (k) = 215*1*Normal (Średnia = 4,1209; Sigma = 1,445)
Kompetencje – wyniki przeliczone – płeć
N (m) = 192*1*Extreme (Położenie = 2,7538; Skala = 1,1874)
N (m) = 192*1*Normal (Średnia = 3,4167; Sigma = 1,3855)
N (k) = 215*1*Extreme (Położenie = 3,097; Skala = 1,2279)
N (k) = 215*1*Normal (Średnia = 3,7581; Sigma = 1,3524)
Bycie kochanym – wyniki przeliczone – płeć
N (m) = 192*1*Extreme (Położenie = 2,9791; Skala = 0,9895)
N (m) = 192*1*Normal (Średnia = 3,4792; Sigma = 1,0128)
N (k) = 215*1*Extreme (Położenie = 3,1531; Skala = 1,1213)
N (k) = 215*1*Normal (Średnia = 3,7814; Sigma = 1,3233)
Popularność – wyniki przeliczone – płeć
N (m) = 192*1*Extreme (Położenie = 2,9114; Skala = 0,1904)
N (m) = 192*1*Normal (Średnia = 3,5625; Sigma = 1,3561)
N (k) = 215*1*Extreme (Położenie = 2,7538; Skala = 1,2471)
N (k) = 215*1*Normal (Średnia = 3,4279; Sigma = 1,3852)
Liczba obs.
mężczyźni (m)
kobiety (k)
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

Analizując rozkład danych w grupach zróżnicowanych ze względu na płeć dla obszaru zdolności przywódcze, można zauważyć, że wśród mężczyzn dominują wyniki z zakresu poniżej przeciętnych (51%), przy czym występuje drugie maksimum, dla stenów 2 i 3 – wyniki niskie (28%) (po pierwszym liczącym 29% dla wyników przeciętnych – steny 5 i 6). Wyników z zakresu powyżej przeciętnych w próbie mężczyzn notuje się 20%. W próbie kobiet również obserwuje się przesunięcie wyników w stronę wartości niskich, podobny rozkład wyników jak w próbie mężczyzn, przy czym drugie maksimum wśród kobiet zauważa się dla stenu 4 – wyników obniżonych. Wyników poniżej przeciętnych jest tu 40%, przeciętnych – 36%, a powyżej przeciętnych – 23%. W obszarze samokontrola dominują wyniki poniżej przeciętnych w

próbie mężczyzn (tu notuje się pierwsze maksimum dla stenu 4 – wartości obniżone, a łącznie wyniki poniżej przeciętnych uzyskuje 61% badanych, wyniki powyżej przeciętnych uzyskuje jedynie 16% próby). Wśród kobiet dominują wyniki przeciętne (41%), z przewagą poniżej przeciętnych (36%) nad wynikami powyżej przeciętnych (23%).

W rozkładzie wyników przeliczonych dla obszaru samoakceptacja moralna wyraźnie widać dominację w obu próbach wyników poniżej przeciętnych, z pierwszym maksimem dla stenu 4 – wyniki obniżone dla mężczyzn, i dla stenów 2 i 3 – wyniki niskie dla kobiet. Łącznie w próbie mężczyzn odsetek wyników poniżej przeciętnych wynosi 55%, wśród kobiet – 44%, przy odpowiednio 20% i 22% dla wyników przeciętnych i 25% i 34% powyżej przeciętnych. Obszar atrakcyjność fizyczna w obu grupach osiągnął najwyższy odsetek dla wyników przeciętnych (w próbie mężczyzn 46%, kobiet – 41%), przy odsetku wyników poniżej przeciętnych w próbie mężczyzn sięgającym 40% i 32% w próbie kobiet oraz odpowiednio 14% i 26% wyników powyżej przeciętnych (wykres 64).

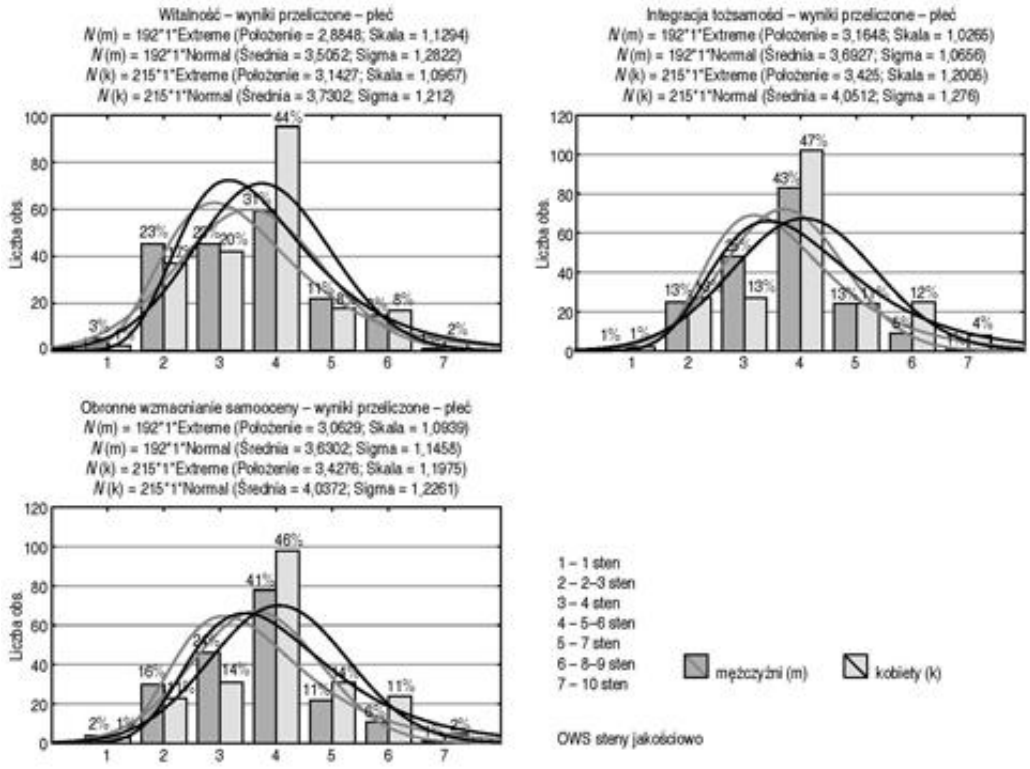
Wykres 64. Zestawienie wyników przeliczonych dla komponentów: zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna, atrakcyjność fizyczna, w podziale według płci.


Zdolności przywódcze – wyniki przeliczone – płeć
N (m) = 192*1*Extreme (Położenie = 2,719; Skala = 1,2183)
N (m) = 192*1*Normal (Średnia = 3,3958; Sigma = 1,3954)
N (k) = 215*1*Extreme (Położenie = 3,1924; Skala = 1,0706)
N (k) = 215*1*Normal (Średnia = 3,7721; Sigma = 1,1915)
Samokontrola – wyniki przeliczone – płeć
N (m) = 192*1*Extreme (Położenie = 2,7474; Skala = 1,0327)
N (m) = 192*1*Normal (Średnia = 3,3177; Sigma = 1,2013)
N (k) = 215*1*Extreme (Położenie = 3,1367; Skala = 1,1542)
N (k) = 215*1*Normal (Średnia = 3,7488; Sigma = 1,2426)
Samoakceptacja moralna – wyniki przeliczone – płeć
N (m) = 192*1*Extreme (Położenie = 2,7377; Skala = 1,384)
N (m) = 192*1*Normal (Średnia = 3,5104; Sigma = 1,6114)
N (k) = 215*1*Extreme (Położenie = 2,9587; Skala = 1,492)
N (k) = 215*1*Normal (Średnia = 3,814; Sigma = 1,7807)
Atrakcyjność fizyczna – wyniki przeliczone – płeć
N (m) = 192*1*Extreme (Położenie = 2,9531; Skala = 1,1015)
N (m) = 192*1*Normal (Średnia = 3,5469; Sigma = 1,2099)
N (k) = 215*1*Extreme (Położenie = 3,3488; Skala = 1,2045)
N (k) = 215*1*Normal (Średnia = 3,9814; Sigma = 1,286)
Liczba obs.
mężczyźni (m)
kobiety (k)
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

Opisując wyniki przeliczone dla prób zróżnicowanych ze względu na płeć dotyczące witalności, zauważa się, iż w próbie kobiet dominują wyniki przeciętne (44%), natomiast biorąc pod uwagę udział wyników przesuniętych w stronę wartości niskich i wyników przesuniętych w stronę wartości wysokich, notuje się dominację tych pierwszych 32% do 18%. Zatem samoocena w tej grupie w obszarze witalność ma poziom przeciętny z tendencją do obniżania. Wśród mężczyzn stwierdza się przewagę wyników poniżej przeciętnych nad wynikami przeciętnymi i powyżej przeciętnych. Rezultaty od bardzo niskich po obniżone osiąga 49% badanych, 31% uzyskuje wartości przeciętne, a 20% – powyżej przeciętnych. Stwierdza się wobec tego, iż wśród mężczyzn witalność oceniana jest nisko. Analizując obszar nazwany integracją tożsamości, zauważa się, iż w obu grupach dominują

wyniki z przedziału przeciętnych: wśród mężczyzn ujawnia się przesunięcie w stronę niskich (przeciętne – 43%, poniżej przeciętnych – 39%, powyżej przeciętnych – 19%), a w próbie kobiet wyniki powyżej i poniżej przeciętnych osiągają równoliczność – 27%. Obronne wzmacnianie samooceny cechują bardzo podobne tendencje do zaobserwowanych w obszarze integracja tożsamości. U mężczyzn stwierdza się ukierunkowanie na wartości poniżej przeciętnych (42%), przy 27% wyników powyżej przeciętnych i 41% wyników przeciętnych. W próbie kobiet wyniki powyżej i poniżej przeciętnych równoważą się, a ich odsetek w próbie wynosi 27%, przy dominacji (46%) wyników przeciętnych (wykres 65).

Wykres 65. Zestawienie wyników przeliczonych dla komponentów: witalność, integracja tożsamości i obronne wzmacnianie samooceny, w podziale według płci.


Witalność – wyniki przeliczone – płeć
N (m) = 192*1*Extreme (Położenie = 2,8848; Skala = 1,1294)
N (m) = 192*1*Normal (Średnia = 3,5052; Sigma = 1,2822)
N (k) = 215*1*Extreme (Położenie = 3,1427; Skala = 1,0957)
N (k) = 215*1*Normal (Średnia = 3,7302; Sigma = 1,212)
Liczba obs.
Integracja tożsamości – wyniki przeliczone – płeć
N (m) = 192*1*Extreme (Położenie = 3,1648; Skala = 1,0265)
N (m) = 192*1*Normal (Średnia = 3,6927; Sigma = 1,0656)
N (k) = 215*1*Extreme (Położenie = 3,425; Skala = 1,2005)
N (k) = 215*1*Normal (Średnia = 4,0512; Sigma = 1,276)
Obronne wzmacnianie samooceny – wyniki przeliczone – płeć
N (m) = 192*1*Extreme (Położenie = 3,0629; Skala = 1,0939)
N (m) = 192*1*Normal (Średnia = 3,6302; Sigma = 1,1458)
N (k) = 215*1*Extreme (Położenie = 3,4276; Skala = 1,1975)
N (k) = 215*1*Normal (Średnia = 4,0372; Sigma = 1,2261)
1 – 1 sten
2 – 2–3 sten
3 – 4 sten
4 – 5–6 sten
5 – 7 sten
6 – 8–9 sten
7 – 10 sten
mężczyźni (m)
kobiety (k)
OWS steny jakościowo

Rozpatrując kwestę różnicowania wyników nad samooceną oraz jej komponentami przez zmienną płeć, wykonano analizę

statystyczną ANOVA jednoczynnikowa. Przy Lambda Wilksa = 0,91, $F(11, 397) = 3,43$ i $p = 0,000$ przyjmuje się, iż zmienna ta istotnie różnicuje wyniki grup. Analizy *post hoc* wykazują związki w obszarach: bycie kochanym, samoakceptacja moralna oraz obronne wzmacnianie samooceny. Kobiety uzyskują istotnie wyższe niż mężczyźni wyniki we wskazanych obszarach samooceny (tabela 93).

Tabela 93 Zestawienie różnic międzygrupowych dla ogólnej samooceny i jej komponentów w próbie różnicowanej zmienną płeć

Bycie kochanym		
M	{1} 33,06	{2} 34,75
Płeć m (1)		0,008**
Płeć k (2)	0,008**	
MS międzygrupowe	39,69	
Samoakceptacja moralna		
M	{1} 34,43	{2} 36,36
Płeć m (1)		0,001***
Płeć k (2)	0,001***	
MS międzygrupowe	33,72	
Obronne wzmacnianie samooceny		
M	{1} 48,78	{2} 51,47
Płeć m (1)		0,000***
Płeć k (2)	0,000***	
MS międzygrupowe	54,82	
df	407	

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

7.3. Wyniki badań w podziale według zmiennej wiek

Rozpatrując rozkład surowych wyników badań, stwierdza się wyższe wartości średnich przy równych medianach w próbie osób w wieku młodzieńczym jedynie w obszarze witalność. Podobne wartości średnich i takie same mediany notuje się w obu próbach dla zdolności przywódczych oraz atrakcyjności fizycznej, z zastrzeżeniem, iż wśród osób młodszych wartości mediany osiągają o jeden punkt wyższy poziom. W przypadku wyniku ogólnego i pozostałych obszarów samooceny (kompetencje, bycie kochanym, popularność, samokontrola, samoakceptacja moralna, integracja tożsamości i obronne wzmacnianie samooceny) wyższe wartości średnich i takie same lub wyższe wartości median notuje się dla próby osób w wieku wczesnej dorosłości. Dla obszaru samoakceptacja moralna obserwuje się największą różnicę w zakresie średnich i median.

W obu próbach stwierdza się podobny rozrzut wyników na podstawie odchyleń ćwiartkowych, przy zróżnicowanym zakresie wartości nieodstających. Biorąc pod uwagę koncentrację wyników wokół średniej i odchylenia standardowe, największą różnicę zauważa się w przypadku ogólnej samooceny, obszarów: bycie kochanym, samoakceptacja moralna, witalność i ogólne wzmacnianie samooceny. Dla wyniku ogółem i większości obszarów samooceny obserwuje się duże różnice w zakresie wariancji wyników badań. Skośność zbioru wyników w podgrupach oraz wartość kurtozy w większości mieszczą się w zakresie +/−1. W obszarach samokontrola w próbie starszej i integracja w próbie młodszej wyniki kurtozy świadczą o nieznacznej leptokurtyczności zbioru, przekraczając zakres +/−1.

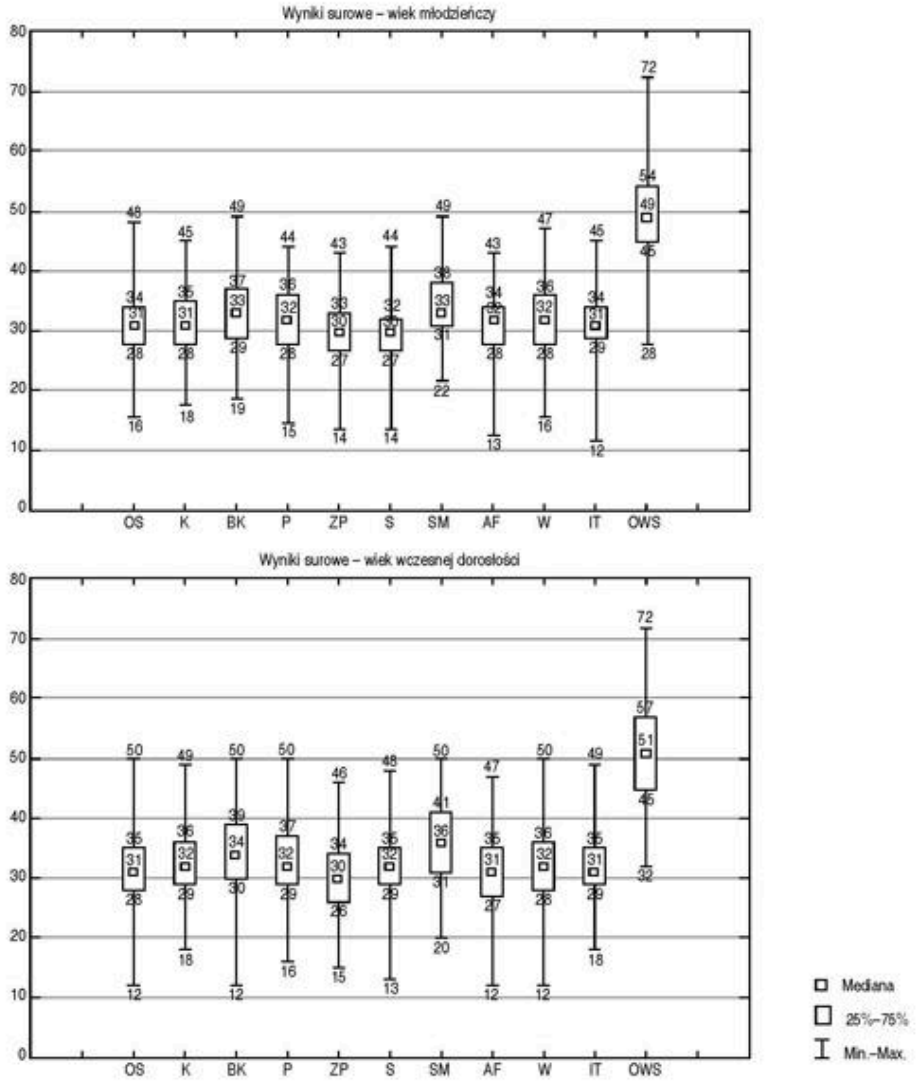
Przyjmuje się zatem, iż rozkład danych zbliżony jest do normalnego (tabela 94, wykres 66).

Tabela 94 Wyniki surowe dla samooceny i jej obszarów w podziale według zmiennej wiek

Samoocena	*M*	*Me*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	*SD*²	*SKE*	*K*
Wiek młodzieńczy, *N* ważnych = 191										
Ogólna samoocena	30,69	31,00	16,00	48,00	28,00	34,00	5,30	28,07	–0,18	0,22
Kompetencje	31,61	31,00	18,00	45,00	28,00	35,00	5,20	27,00	0,25	–0,29
Bycie kochanym	33,24	33,00	19,00	49,00	29,00	37,00	5,67	32,19	0,18	0,28
Popularność	31,99	32,00	15,00	44,00	28,00	36,00	5,26	27,69	–0,43	0,33
Zdolności przywódcze	29,88	30,00	14,00	43,00	27,00	33,00	4,90	23,97	0,03	0,38
Samokontrola	29,83	30,00	14,00	44,00	27,00	32,00	4,68	21,92	0,22	0,68
Samoakceptacja moralna	34,32	33,00	22,00	49,00	31,00	38,00	5,14	26,43	0,38	0,09
Atrakcyjność fizyczna	31,01	32,00	13,00	43,00	28,00	34,00	5,68	32,24	–0,61	0,54
Witalność	32,06	32,00	16,00	47,00	28,00	36,00	5,75	33,09	–0,28	0,05
Integracja tożsamości	30,77	31,00	12,00	45,00	29,00	34,00	4,66	21,73	–0,38	1,51
Obronne wzmacnianie samooceny	49,12	49,00	28,00	72,00	45,00	54,00	6,73	45,26	–0,07	0,72
Wiek wczesnej dorosłości, *N* ważnych = 218										
Ogólna samoocena	31,39	31,00	12,00	50,00	28,00	35,00	6,09	37,05	0,00	0,90
Kompetencje	32,47	32,00	18,00	49,00	29,00	36,00	5,09	25,86	0,47	0,49
Bycie kochanym	34,57	34,00	12,00	50,00	30,00	39,00	6,84	46,77	0,00	0,39
Popularność	32,69	32,00	16,00	50,00	29,00	37,00	5,98	35,72	0,21	0,52
Zdolności przywódcze	29,93	30,00	15,00	46,00	26,00	34,00	5,64	31,75	0,18	0,05
Samokontrola	31,69	32,00	13,00	48,00	29,00	35,00	5,24	27,47	–0,08	1,25
Samoakceptacja moralna	36,43	36,00	20,00	50,00	31,00	41,00	6,31	39,76	0,14	–0,71
Atrakcyjność fizyczna	31,10	31,00	12,00	47,00	27,00	35,00	5,99	35,87	0,02	0,41
Witalność	31,83	32,00	12,00	50,00	28,00	36,00	6,89	47,48	–0,10	0,22
Integracja tożsamości	31,75	31,00	18,00	49,00	29,00	35,00	5,37	28,83	0,54	0,94
Obronne wzmacnianie samooceny	51,14	51,00	32,00	72,00	45,00	57,00	8,04	64,64	0,08	–0,32

OS – ogólna samoocena; K – kompetencje; BK – bycie kochanym; P – popularność; ZP – zdolności przywódcze; S –samokontrola; SM – samoakceptacja moralna; AF – atrakcyjność fizyczna; W – witalność; IT – integracja tożsamości; OWS – obronne wzmacnianie samooceny

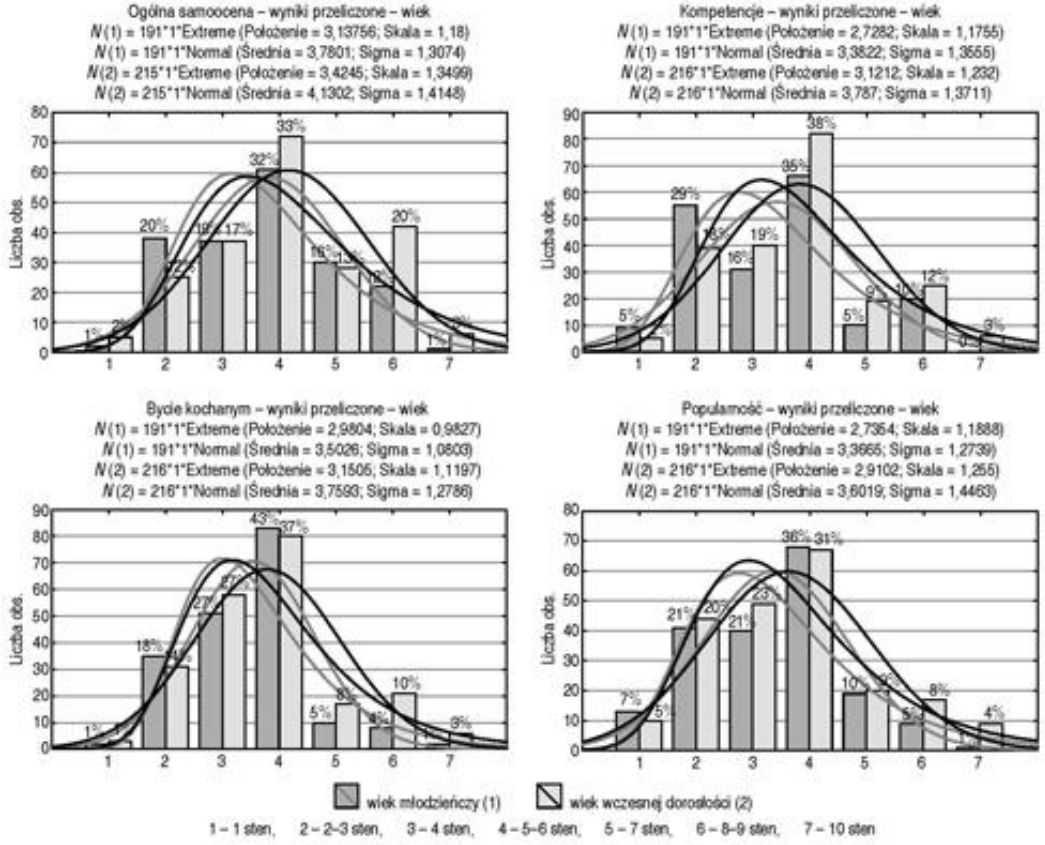
Wykres 66. Zestawienie wyników surowych dla samooceny i jej komponentów w podziale według wieku.



Analizując rozkłady wyników przeliczonych dla ogólnej samooceny, w próbie osób w wieku młodzieńczym obserwuje się przesunięcie w stronę wartości niskich (40%), przy 32% wyników przeciętnych i 29% wyników powyżej przeciętnych, a wśród osób w wieku wczesnej dorosłości niewielką asymetrię rozkładu przesuwającą wyniki w stronę wyższych (36%), przy 32% wyników przeciętnych i 31% wyników poniżej przeciętnych. W przypadku kompetencji dominują wyniki poniżej przeciętnych w próbie młodszej (50%), przy 35% wyników przeciętnych i 24%

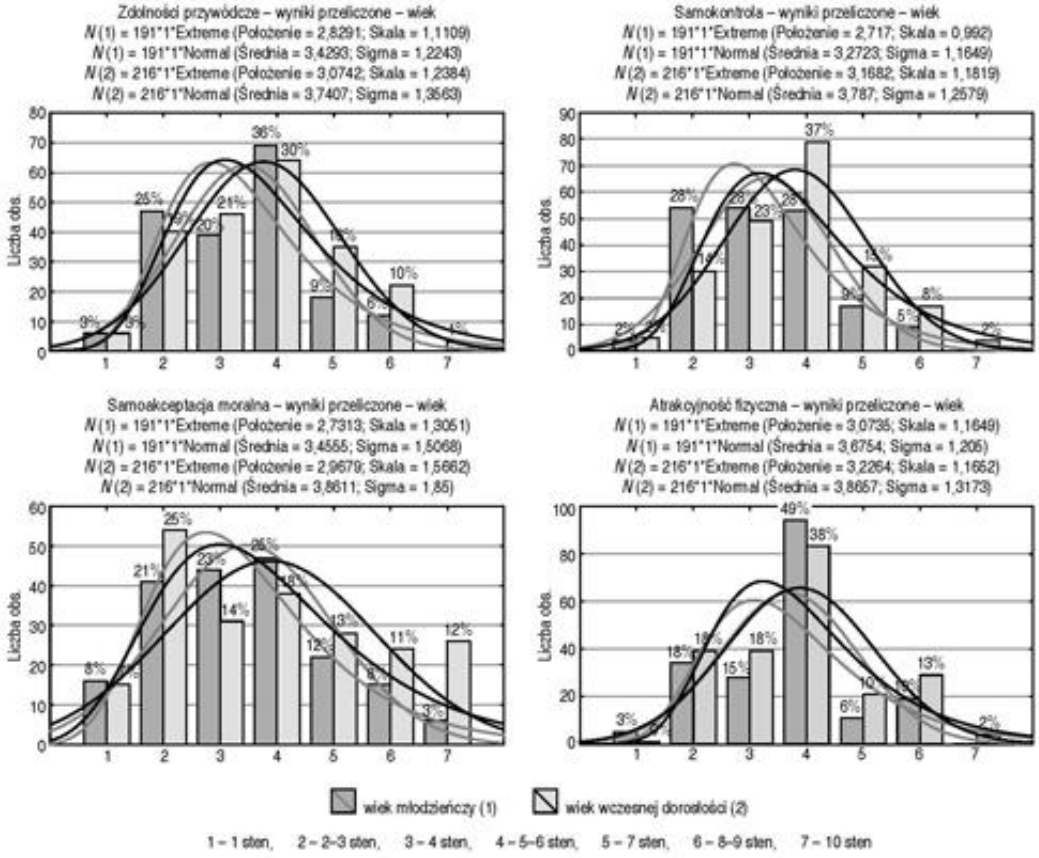
wyników powyżej przeciętnych. W próbie starszej obserwuje się porównywalny udział wyników z przedziału przeciętnych (38%) i poniżej przeciętnych (39%), przy 24% powyżej przeciętnych, co pozwala na stwierdzenie, iż w grupie występuje tendencja do niskiej oceny w tym obszarze. Dla obszaru bycie kochanym stwierdza się udział wyników przeciętnych: w próbie osób w wieku młodzieńczym – 43%, w wieku wczesnej dorosłości – 37%, przy czym biorąc pod uwagę stosunek wyników poniżej i powyżej przeciętnych w obu grupach, należy stwierdzić, że przeważają wartości z przedziału od bardzo niskich po obniżone (46% próby młodszej i 42% próby starszej uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, przy 10% wyników powyżej przeciętnych w próbie młodszej i 21% próbie starszej). Dla obszaru popularność obserwuje się podobny rozkład wyników przeliczonych w obu grupach. Dominują wyniki poniżej przeciętnych (uzyskuje je 49% próby młodszej i 48% próby starszej), przy 36-procentowym udziale wyników przeciętnych dla wieku młodzieńczego i 31-procentowym dla wczesnej dorosłości oraz odpowiednio przy 16% i 21% wyników powyżej przeciętnych (wykres 67).

Wykres 67. Zestawienie wyników przeliczonych dla samooceny ogólnej oraz komponentów: kompetencje, bycie kochanym, popularność, w podziale według wieku.


Ogólna samoocena – wyniki przeliczone – wiek
N(1) = 191*1*Extreme (Położenie = 3,13756; Skala = 1,18)
N(1) = 191*1*Normal (Średnia = 3,7801; Sigma = 1,3074)
N(2) = 215*1*Extreme (Położenie = 3,4245; Skala = 1,3499)
N(2) = 215*1*Normal (Średnia = 4,1302; Sigma = 1,4148)
Kompetencje – wyniki przeliczone – wiek
N(1) = 191*1*Extreme (Położenie = 2,7282; Skala = 1,1755)
N(1) = 191*1*Normal (Średnia = 3,3822; Sigma = 1,3555)
N(2) = 216*1*Extreme (Położenie = 3,1212; Skala = 1,232)
N(2) = 216*1*Normal (Średnia = 3,787; Sigma = 1,3711)
Bycie kochanym – wyniki przeliczone – wiek
N(1) = 191*1*Extreme (Położenie = 2,9804; Skala = 0,9827)
N(1) = 191*1*Normal (Średnia = 3,5026; Sigma = 1,0803)
N(2) = 216*1*Extreme (Położenie = 3,1505; Skala = 1,1197)
N(2) = 216*1*Normal (Średnia = 3,7593; Sigma = 1,2786)
Popularność – wyniki przeliczone – wiek
N(1) = 191*1*Extreme (Położenie = 2,7354; Skala = 1,1888)
N(1) = 191*1*Normal (Średnia = 3,3665; Sigma = 1,2739)
N(2) = 216*1*Extreme (Położenie = 2,9102; Skala = 1,255)
N(2) = 216*1*Normal (Średnia = 3,6019; Sigma = 1,4463)
Liczba obs.
wiek młodzieńczy (1)
wiek wczesnej dorosłości (2)
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

W przypadku zdolności przywódczych w obu kategoriach wiekowych obserwuje się dominację wyników z zakresu wartości od niskich po obniżone (48% próby młodszej i 43% próby starszej uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych), przy 36% i odpowiednio 30% wyników przeciętnych oraz 15% wyników powyżej przeciętnych w próbie osób w wieku młodzieńczymi, a 27% wyników powyżej przeciętnych w próbie badanych w wieku wczesnej dorosłości (wykres 68).

Wykres 68. Zestawienie wyników przeliczonych dla obszarów: zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna, atrakcyjność fizyczna, w podziale według wieku.

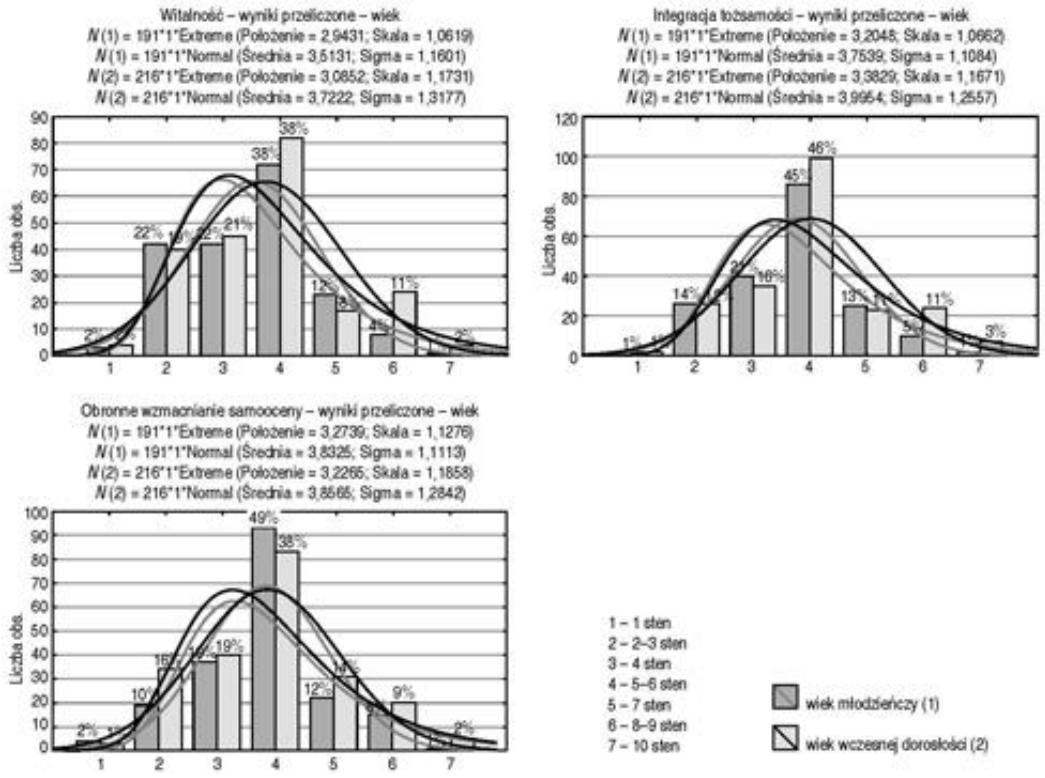

Zdolności przywódcze – wyniki przeliczone – wiek
N(1) = 191*1*Extreme (Położenie = 2,8291; Skala = 1,1109)
N(1) = 191*1*Normal (Średnia = 3,4293; Sigma = 1,2243)
N(2) = 216*1*Extreme (Położenie = 3,0742; Skala = 1,2384)
N(2) = 216*1*Normal (Średnia = 3,7407; Sigma = 1,3663)
Samokontrola – wyniki przeliczone – wiek
N(1) = 191*1*Extreme (Położenie = 2,717; Skala = 0,992)
N(1) = 191*1*Normal (Średnia = 3,2723; Sigma = 1,1649)
N(2) = 216*1*Extreme (Położenie = 3,1682; Skala = 1,1819)
N(2) = 216*1*Normal (Średnia = 3,787; Sigma = 1,2579)
Samoakceptacja moralna – wyniki przeliczone – wiek
N(1) = 191*1*Extreme (Położenie = 2,7313; Skala = 1,3051)
N(1) = 191*1*Normal (Średnia = 3,4555; Sigma = 1,5068)
N(2) = 216*1*Extreme (Położenie = 2,9679; Skala = 1,5662)
N(2) = 216*1*Normal (Średnia = 3,8611; Sigma = 1,85)
Atrakcyjność fizyczna – wyniki przeliczone – wiek
N(1) = 191*1*Extreme (Położenie = 3,0735; Skala = 1,1649)
N(1) = 191*1*Normal (Średnia = 3,6754; Sigma = 1,205)
N(2) = 216*1*Extreme (Położenie = 3,2264; Skala = 1,1652)
N(2) = 216*1*Normal (Średnia = 3,8657; Sigma = 1,3173)
Liczba obs.
wiek młodzieńczy (1)
wiek wczesnej dorosłości (2)
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

W obszarze samokontroli zauważa się silną dominację wyników świadczących o niskiej ocenie w próbie osób w wieku młodzieńczym (58% respondentów uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych), przy 28-procentowym udziale wyników przeciętnych i 14-procentowym powyżej przeciętnych, natomiast w próbie osób starszych również zauważa się przesunięcie rezultatów badań w stronę wartości niskich, jednak wyniki poniżej przeciętnych uzyskuje tu 39%, przeciętne – 37%, a powyżej przeciętnych – 27%. Dla samoakceptacji moralnej zauważa się rozkłady wyników obu prób przesunięte w stronę wartości niskich (52% próby młodszej i 46% próby starszej uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych), przy czym mocniejszy trend niskiej oceny w tym zakresie rysuje się w próbie w wieku młodzieńczym. Odsetek

wyników przeciętnych wśród badanych w wieku młodzieńczym wynosi 25%, w próbie w wieku wczesnej dorosłości – 18%, przy odpowiednio 23% i 36% wyników powyżej przeciętnych. W obszarze atrakcyjność fizyczna w próbie młodszej zdecydowanie dominują wyniki z przedziału przeciętnych (49%), przy 36-procentowym udziale wyników poniżej przeciętnych i 16-procentowym powyżej przeciętnych; w próbie starszej obserwuje się 36-procentowy udział wyników poniżej przeciętnych i 38-procentowy przeciętnych, przy 25-procentowym udziale wyników powyżej przeciętnych. To pozwala przypuszczać, iż wśród osób starszych istnieje tendencja do niższej samooceny w tym zakresie (wykres 68).

W obszarze witalności w obu grupach dominują wyniki z przedziału poniżej przeciętnych (uzyskuje je 46% próby młodszej i 42% próby starszej), przy równowadze w grupach wyników przeciętnych (38%) oraz 17% w próbie młodszej i 21% w próbie starszej wyników powyżej przeciętnych. Dla obszaru integracja tożsamości obserwuje się podobny rozkład procentowy w obu grupach: dominują wyniki przeciętne (45% i 46% badanych z grup uzyskuje taki wynik) i zauważa się tendencję do przesuwania się wyników w stronę wartości niskich, mocniejszą w próbie osób młodszych. Wyniki poniżej przeciętnych uzyskuje 36% młodszych badanych, w próbie starszej 29%. Wyniki powyżej przeciętnych w próbie młodszej uzyskuje 19%, a 25% w próbie starszej. Obserwuje się bardzo podobny rozkład wyników przeliczonych w obszarze obronne wzmacnianie samooceny do rozkładu w obszarze integracja tożsamości. Wyniki przeciętne uzyskuje tu 49% próby młodszej i 38% próby starszej, przy odpowiednio 31% i 36% wyników poniżej przeciętnych oraz 21% i 25% wyników powyżej przeciętnych. Stwierdza się zatem nieco silniejszy trend niskiej samooceny w zakresie obronnego wzmacniania samooceny w próbie osób starszych (wykres 69).

Wykres 69. Zestawienie wyników przeliczonych dla komponentów: witalność, integracja tożsamości i obronne wzmacnianie samooceny, w podziale według wieku.


Witalność – wyniki przeliczone – wiek
N(1) = 191*1*Extreme (Położenie = 2,9431; Skala = 1,0619)
N(1) = 191*1*Normal (Średnia = 3,5131; Sigma = 1,1601)
N(2) = 216*1*Extreme (Położenie = 3,0852; Skala = 1,1731)
N(2) = 216*1*Normal (Średnia = 3,7222; Sigma = 1,3177)
Integracja tożsamości – wyniki przeliczone – wiek
N(1) = 191*1*Extreme (Położenie = 3,2048; Skala = 1,0662)
N(1) = 191*1*Normal (Średnia = 3,7539; Sigma = 1,1084)
N(2) = 216*1*Extreme (Położenie = 3,3829; Skala = 1,1671)
N(2) = 216*1*Normal (Średnia = 3,9954; Sigma = 1,2557)
Obronne wzmacnianie samooceny – wyniki przeliczone – wiek
N(1) = 191*1*Extreme (Położenie = 3,2739; Skala = 1,1276)
N(1) = 191*1*Normal (Średnia = 3,8325; Sigma = 1,1113)
N(2) = 216*1*Extreme (Położenie = 3,2265; Skala = 1,1858)
N(2) = 216*1*Normal (Średnia = 3,8565; Sigma = 1,2842)
Liczba obs.
1 – 1 sten
2 – 2–3 sten
3 – 4 sten
4 – 5–6 sten
5 – 7 sten
6 – 8–9 sten
7 – 10 sten
wiek młodzieńczy (1)
wiek wczesnej dorosłości (2)

Aby ocenić istotność różnic pomiędzy grupami wyodrębnionymi z uwzględnieniem wieku, przeprowadzono analizę wariancji (parametryczna ANOVA). Stwierdzono, iż zmienna wiek istotnie różnicuje wyniki prób [Lambda Wilksa = 0,94, $F(11, 397) = 2,47$, $p = 0,005$]. Analizy *post hoc* testem Tukeya dla różnych *N* wykazują cztery silne statystycznie istotne związki w zakresie obszarów samooceny, takich jak: bycie kochanym, samokontrola, samoakceptacja moralna, obronne wzmacnianie samooceny. Osoby w wieku wczesnej dorosłości uzyskują we wszystkich wymienionych obszarach istotnie wyższe rezultaty niż osoby w wieku młodzieńczym (tabela 95).

Tabela 95 Zestawienie różnic międzygrupowych dla ogólnej samooceny i jej komponentów w próbie różnicowanej zmienną wiek

Bycie kochanym		
M	{1} 33,24	{2} 34,57
Wiek młodzieńczy		0,039*
Wiek wczesnej dorosłości	0,039*	
MS międzygrupowe	39,97	
Samokontrola		
M	{1} 29,83	{2} 31,69
Wiek młodzieńczy		0,000***
Wiek wczesnej dorosłości	0,000***	
MS międzygrupowe	24,877	
Samoakceptacja moralna		
M	{1} 34,32	{2} 36,43
Wiek młodzieńczy		0,000***
Wiek wczesnej dorosłości	0,000***	
MS międzygrupowe	33,54	
Obronne wzmacnianie samooceny		
M	{1} 49,12	{2} 51,14
Wiek młodzieńczy		0,008**
Wiek wczesnej dorosłości	0,008**	
MS międzygrupowe	55,59	
df	407	

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

7.4. Wyniki badań w podziale według zmiennej miejsce zamieszkania

W wynikach surowych dla ogólnej samooceny, biorąc pod uwagę poziom średnich i median w grupach wyodrębnionych na podstawie miejsca zamieszkania, nie notuje się większych różnic. Nieco niższą średnią zauważa się w grupie badanych mieszkających w małych miastach i na wsiach w obszarze kompetencje, jednak mediana osób ze wsi zrównuje się z medianą osób pochodzących z dużych miast. Wśród mieszkańców wsi notuje się nieco niższą średnią i medianę w porównaniu z pozostałymi grupami (gdzie wyniki są do siebie zbliżone) w obszarze bycie kochanym i popularność. Dla zdolności przywódczych największą średnią i medianę uzyskują osoby z małych miast; niższe, ale na podobnym poziomie, są wyniki w próbach z dużych miast i wsi. W obszarze samokontroli zauważa się nieco niższy poziom średniej i mediany w próbie ze wsi niż w obu próbach z miast (a tu obserwuje się bardzo podobny poziom wyników grup). W opisie wyników surowych dla samoakceptacji moralnej obserwuje się niższy poziom średniej i mediany osób pochodzenia wiejskiego, przy takim samym poziomie median osób z miast (nieco niższa średnia próby z mniejszych miast niż z dużych). W przypadku atrakcyjności fizycznej najwyższą średnią notuje się w próbie z małych miast, najniższą wśród osób z dużych miast, natomiast ich poziom median równoważy różnice poziomu średnich w próbach i pozwala stwierdzić, iż wyniki wszystkich grup są podobne. W obszarze witalności najwyższe wyniki średniej i mediany notuje się dla próby pochodzącej z dużych miast, przy podobnych wynikach pozostałych grup. W obszarze integracja tożsamości nieco niższe od pozostałych wyniki obserwuje się w próbie osób pochodzenia wiejskiego. Dla

obronnego wzmacniania samooceny wyniki wyższe od pozostałych grup uzyskuje próba pochodząca z dużych miast.

Bazując na informacjach dotyczących odchyleń ćwiartkowych w grupach, obserwuje się nieco zróżnicowane w podgrupach poziomy dolnego i górnego kwartyla, dość mocno zróżnicowany poziom wartości nieodstających dla obszarów samooceny. Wariancje i odchylenia standardowe wyników w próbach świadczą o istnieniu relatywnie dużych różnic rozkładów danych. W przypadku osób pochodzących z miast najwyższy poziom wariancji (z wyłączeniem jak uprzednio obszaru obronne wzmacnianie samooceny) notuje się dla bycia kochanym, najniższy – dla samokontroli. Wśród badanych z małych miast najwyższe wartości wariancji obserwuje się w obszarze witalność, najniższe – w obszarze zdolności przywódcze. W grupie osób pochodzenia wiejskiego największe wartości notowane są także w obszarze witalność, najniższe dotyczą integracji tożsamości. Na podstawie skośności wyników oraz kurtozy stwierdza się, iż rozkłady wyników zbliżone są do rozkładu normalnego (tabela 96, wykres 70).

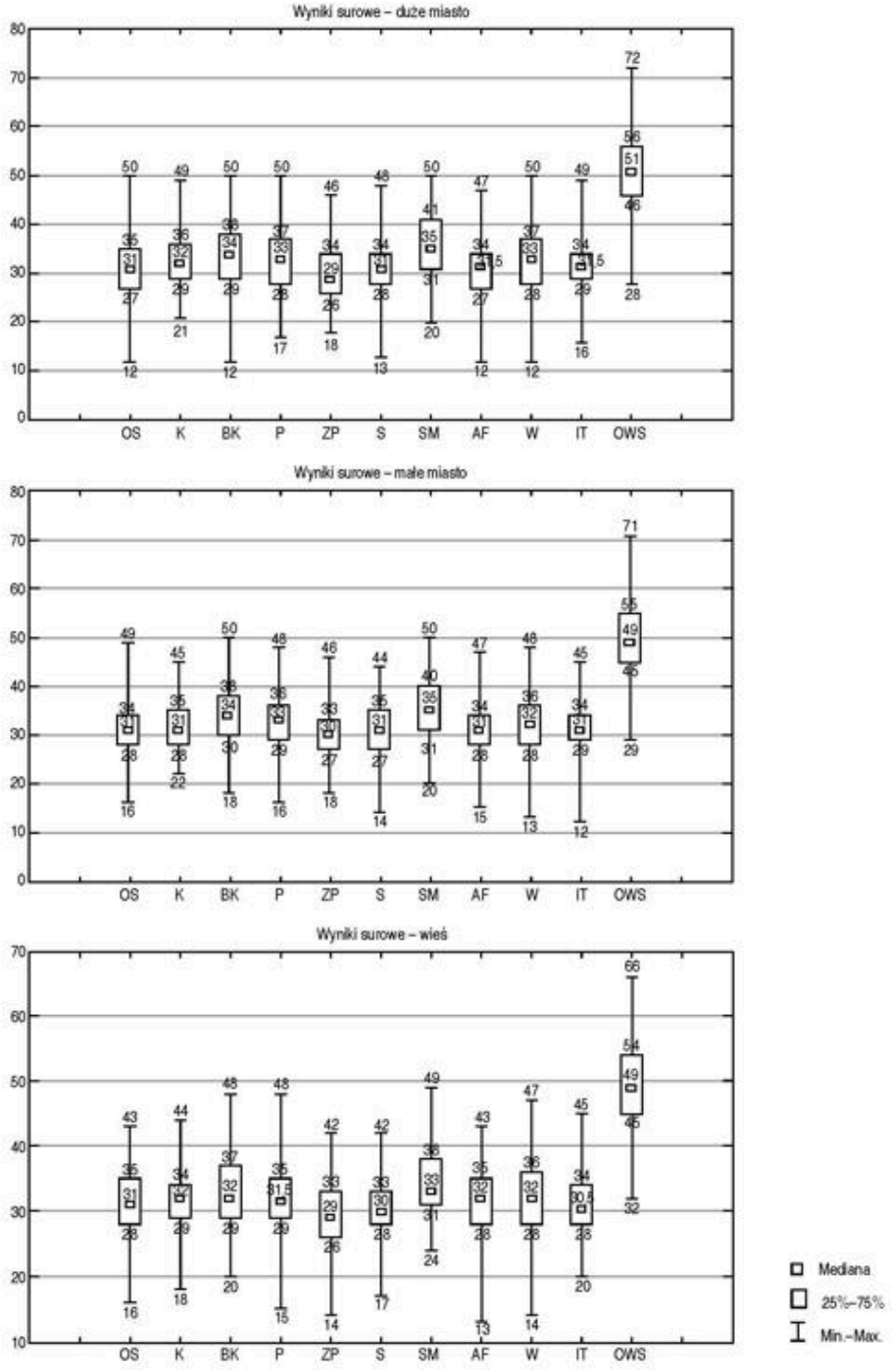
Tabela 96 Wyniki surowe dla samooceny i jej komponentów w podziale według zmiennej miejsce zamieszkania

Samoocena	*M*	*Me*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	*SD*²	*SKE*	*K*
Duże miasto, *N* ważnych = 142										
Ogólna samoocena	31,12	31,00	12,00	50,00	27,00	35,00	6,56	43,10	0,19	0,50
Kompetencje	32,74	32,00	21,00	49,00	29,00	36,00	5,69	32,42	0,38	–0,01
Bycie kochanym	34,44	34,00	12,00	50,00	29,00	38,00	7,24	52,40	–0,07	0,59
Popularność	32,97	33,00	17,00	50,00	28,00	37,00	6,35	40,37	0,12	0,01
Zdolności przywódcze	29,90	29,00	18,00	46,00	26,00	34,00	5,56	30,93	0,30	–0,06

Samokontrola	31,07	31,00	13,00	48,00	28,00	34,00	5,56	30,90	0,27	1,25
Samoakceptacja moralna	36,18	35,00	20,00	50,00	31,00	41,00	6,41	41,10	0,12	–0,60
Atrakcyjność fizyczna	30,82	31,50	12,00	47,00	27,00	34,00	6,30	39,67	–0,26	0,39
Witalność	32,25	33,00	12,00	50,00	28,00	37,00	6,50	42,23	–0,21	0,34
Integracja tożsamości	31,89	31,50	16,00	49,00	29,00	34,00	5,59	31,21	0,49	1,43
Obronne wzmacnianie samooceny	50,88	51,00	28,00	72,00	46,00	56,00	8,26	68,16	0,00	0,28
Małe miasto, *N* ważnych = 125										
Ogólna samoocena	31,02	31,00	16,00	49,00	28,00	34,00	5,77	33,31	–0,12	0,51
Kompetencje	31,69	31,00	22,00	45,00	28,00	35,00	4,82	23,22	0,42	–0,29
Bycie kochanym	34,34	34,00	18,00	50,00	30,00	38,00	6,23	38,77	0,05	–0,06
Popularność	32,32	33,00	16,00	48,00	29,00	36,00	5,50	30,24	–0,40	0,39
Zdolności przywódcze	30,28	30,00	18,00	46,00	27,00	33,00	4,79	22,93	0,50	1,04
Samokontrola	31,01	31,00	14,00	44,00	27,00	35,00	5,23	27,33	–0,18	0,36
Samoakceptacja moralna	35,58	35,00	20,00	50,00	31,00	40,00	5,89	34,65	0,17	–0,25
Atrakcyjność fizyczna	31,22	31,00	15,00	47,00	28,00	34,00	5,63	31,69	0,02	0,63
Witalność	32,14	32,00	13,00	48,00	28,00	36,00	6,37	40,54	0,03	0,23
Integracja tożsamości	31,12	31,00	12,00	45,00	29,00	34,00	5,33	28,45	–0,20	0,85
Obronne wzmacnianie samooceny	50,30	49,00	29,00	71,00	45,00	55,00	7,41	54,95	0,07	0,14
Wieś, *N* ważnych = 142										
Ogólna samoocena	31,04	31,00	16,00	43,00	28,00	35,00	4,77	22,80	–0,52	0,72
Kompetencje	31,73	32,00	18,00	44,00	29,00	34,00	4,82	23,19	0,10	0,33
Bycie kochanym	33,11	32,00	20,00	48,00	29,00	37,00	5,39	29,05	0,35	0,05
Popularność	31,80	31,50	15,00	48,00	29,00	35,00	5,00	24,98	–0,02	1,58
Zdolności przywódcze	29,58	29,00	14,00	42,00	26,00	33,00	5,46	29,85	–0,23	–0,12
Samokontrola	30,42	30,00	17,00	42,00	28,00	33,00	4,37	19,11	–0,02	0,38
Samoakceptacja moralna	34,58	33,00	24,00	49,00	31,00	38,00	5,21	27,14	0,64	–0,17
Atrakcyjność fizyczna	31,15	32,00	13,00	43,00	28,00	35,00	5,57	31,02	–0,42	0,37
Witalność	31,46	32,00	14,00	47,00	28,00	36,00	6,28	39,46	–0,32	0,21
Integracja tożsamości	30,85	30,50	20,00	45,00	28,00	34,00	4,19	17,54	0,17	0,54
Obronne wzmacnianie samooceny	49,42	49,00	32,00	66,00	45,00	54,00	6,77	45,86	0,16	–0,48

OS – ogólna samoocena; K – kompetencje; BK – bycie kochanym; P – popularność; ZP – zdolności przywódcze; S –samokontrola; SM – samoakceptacja moralna; AF – atrakcyjność fizyczna; W – witalność; IT – integracja tożsamości; OWS – obronne wzmacnianie samooceny

Wykres 70. Zestawienie wyników surowych dla samooceny i jej komponentów w podziale według zmiennej miejsce zamieszkania.



Przeliczone wyniki badań ukazują, iż w próbie pochodzącej z dużych miast wyniki dla ogólnej samooceny przesunięte są nieco

bardziej w stronę wartości niskich: dominują tu wartości poniżej przeciętnych (38%), przy 31% wyników z przedziału przeciętnych i 31% z przedziału powyżej przeciętnych. W grupie osób z małych miast dominują wyniki poniżej przeciętnych (36%) i przeciętne (35%). Porównywalny jest udział wyników poniżej przeciętnych (33%), przeciętnych (35%) i powyżej przeciętnych (33%).

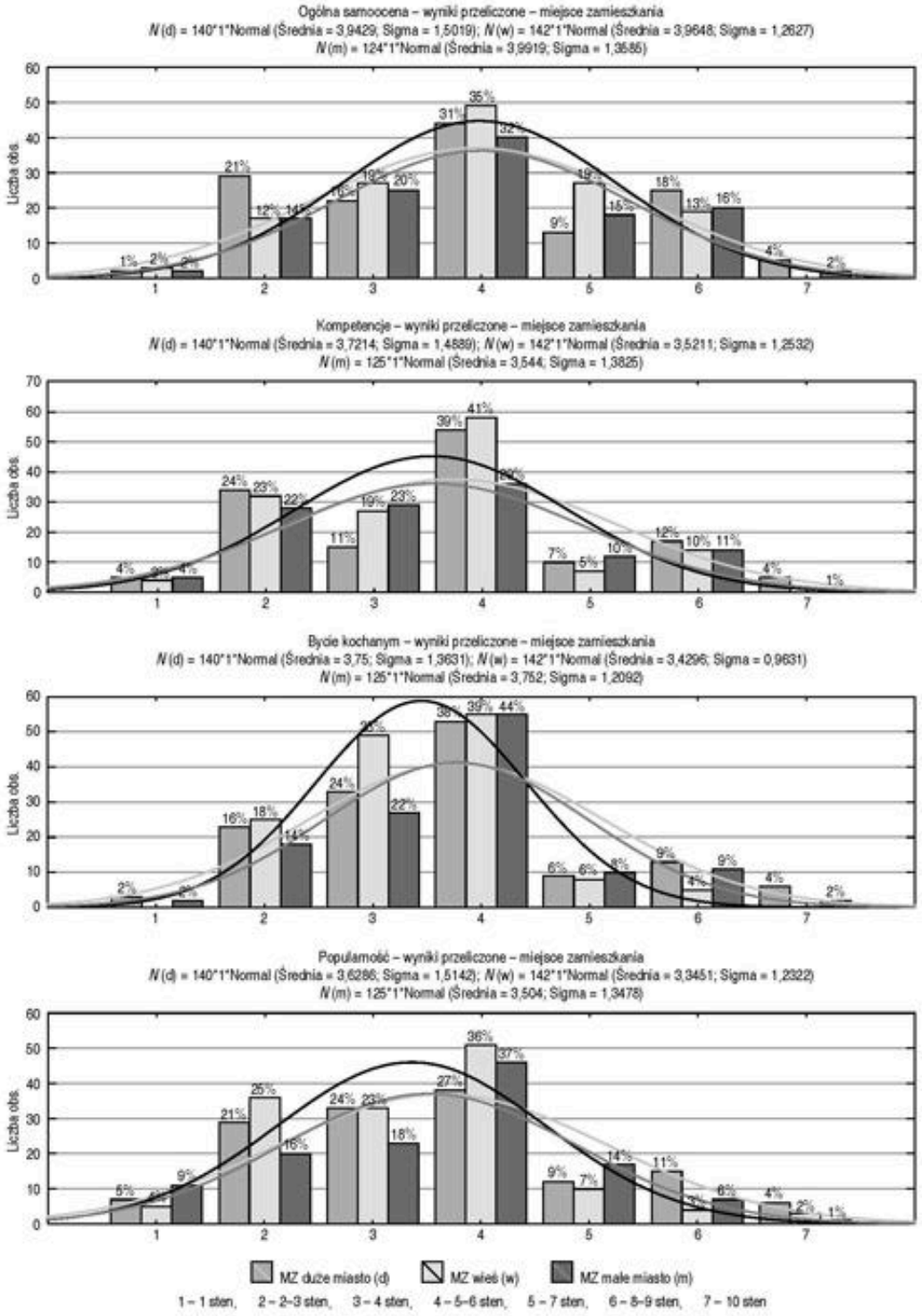
W obszarze kompetencji dla wyników osób pochodzących z dużych miast obserwuje się równowagę rezultatów z przedziału poniżej przeciętnych i przeciętnych (39%) oraz niższy odsetek dla wyników z przedziału powyżej przeciętnych (23%). Podobnie przesunięcie wyników w stronę wartości niższych zauważa się w próbie pochodzącej z małych miast. Tu odsetek wartości poniżej przeciętnych wynosi 49%, przy 29% wyników przeciętnych oraz 15% wyników powyżej przeciętnych. Wśród osób pochodzenia wiejskiego zauważa się przewagę wyników przeciętnych (41%). Wyniki od bardzo niskich po obniżone uzyskuje tu 35% badanych, a powyżej przeciętnych – 22%.

W przypadku bycia kochanym w próbie pochodzącej z dużych miast stwierdza się niewielką dominację wyników poniżej przeciętnych (40%) nad przeciętnymi (38%) oraz stosunkowo niewielki odsetek wyników o wartościach powyżej przeciętnych (19%). Wśród osób z małych miast zauważa się tendencję do przeciętnej oceny: 38% respondentów uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, 44% – wyniki przeciętne i 19% – wyniki powyżej przeciętnych. Wśród respondentów ze wsi dominują wyniki poniżej przeciętnych (53%), przy 39% wyników przeciętnych i 10% powyżej przeciętnych.

W przypadku obszaru popularność w próbie pochodzącej z dużych miast notuje się 50-procentowy udział wyników poniżej przeciętnych, przy 27% wyników z przedziału przeciętnych i 24% powyżej przeciętnych. Podobny trend utrzymuje się wśród respondentów z małych miast oraz wsi. W próbie pochodzącej ze wsi 52% badanych uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, 37% – z przedziału przeciętnych i 14% – z przedziału powyżej przeciętnych. Wśród osób z małych miast trend ten jest również widoczny: 43% badanych uzyskuje tu wyniki poniżej przeciętnych,

37% – z zakresu przeciętnych i 21% – z przedziału powyżej przeciętnych (wykres 71).

Wykres 71. Zestawienie wyników przeliczonych dla samooceny ogólnej oraz komponentów: kompetencje, bycie kochanym, popularność, w podziale według zmiennej miejsce zamieszkania.


Ogólna samoocena – wyniki przeliczone – miejsce zamieszkania
N (d) = 140*1*Normal (Średnia = 3,9429; Sigma = 1,5019); N (w) = 142*1*Normal (Średnia = 3,9648; Sigma = 1,2627)
N (m) = 124*1*Normal (Średnia = 3,9919; Sigma = 1,3585)
Liczba obs.
Kompetencje – wyniki przeliczone – miejsce zamieszkania
N (d) = 140*1*Normal (Średnia = 3,7214; Sigma = 1,4889); N (w) = 142*1*Normal (Średnia = 3,5211; Sigma = 1,2532)
N (m) = 125*1*Normal (Średnia = 3,544; Sigma = 1,3825)
Liczba obs.
Bycie kochanym – wyniki przeliczone – miejsce zamieszkania
N (d) = 140*1*Normal (Średnia = 3,75; Sigma = 1,3631); N (w) = 142*1*Normal (Średnia = 3,4296; Sigma = 0,9631)
N (m) = 125*1*Normal (Średnia = 3,752; Sigma = 1,2092)
Liczba obs.
Popularność – wyniki przeliczone – miejsce zamieszkania
N (d) = 140*1*Normal (Średnia = 3,6286; Sigma = 1,5142); N (w) = 142*1*Normal (Średnia = 3,3451; Sigma = 1,2322)
N (m) = 125*1*Normal (Średnia = 3,504; Sigma = 1,3478)
Liczba obs.
MZ duże miasto (d)
MZ wieś (w)
MZ małe miasto (m)
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

Dla obszaru zdolności przywódcze w próbie osób z dużych miast obserwuje się przesunięcie wyników w stronę wartości niższych niż przeciętne: 45% badanych uzyskuje wynik poniżej przeciętnego, 31% – przeciętny, a 24% – powyżej przeciętnego. Podobny trend panuje w próbie osób pochodzących ze wsi. Tu 50% respondentów uzyskuje wynik poniżej przeciętnego, 29% – przeciętny i 21% – powyżej przeciętnego. W próbie osób pochodzących z małych miast dostrzega się nieco łagodniejsze, ale podobne przesunięcie wyników badań w stronę wartości niższych niż przeciętne: 42% badanych uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, 39% – przeciętne, a 19% – powyżej przeciętnych.

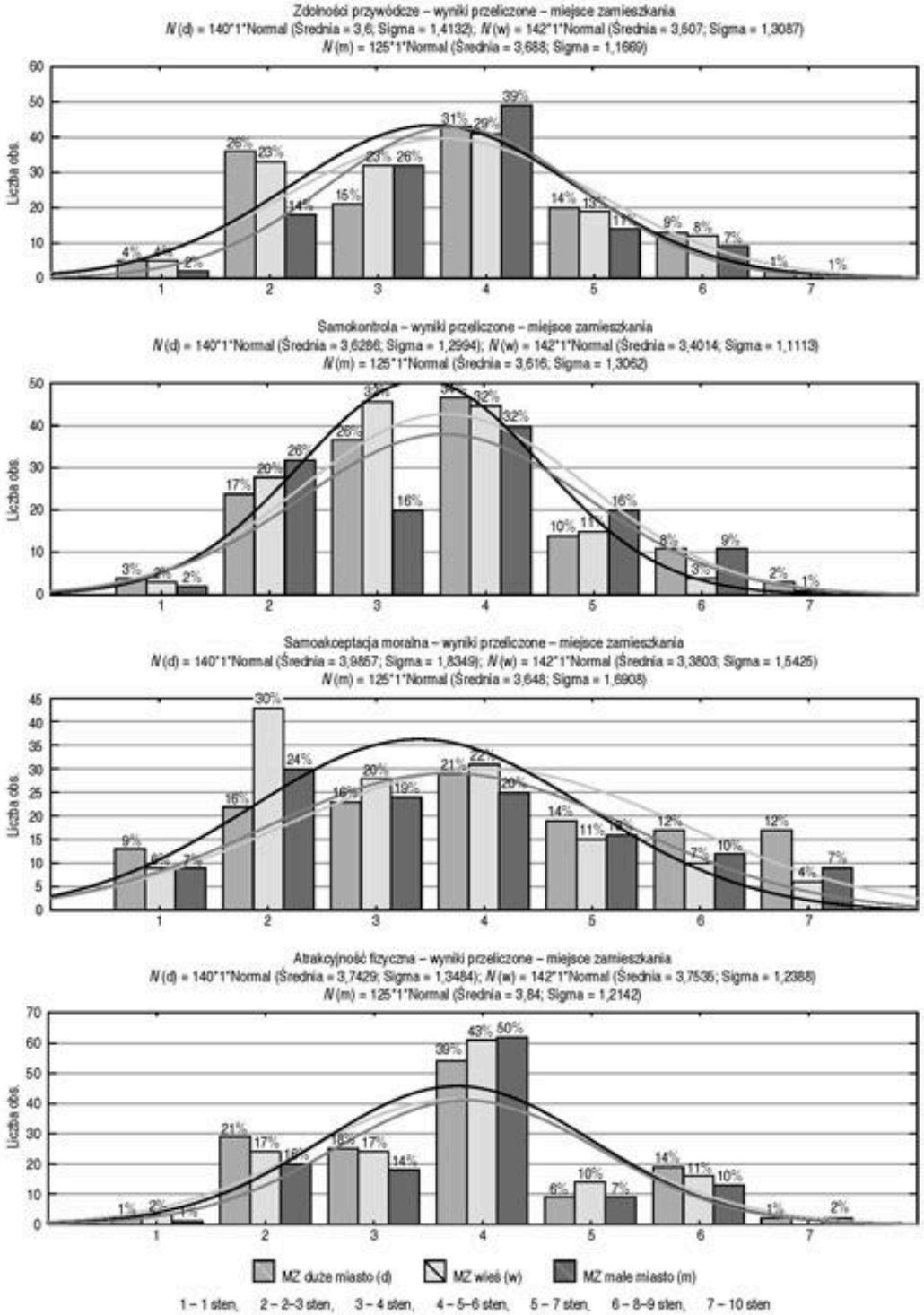
W przypadku samokontroli 46% grupy pochodzącej z dużych miast miało wyniki poniżej przeciętnych, wartości przeciętne uzyskało 34% respondentów, a powyżej przeciętnych – 20%. Podobny rozkład danych obserwuje się wśród badanych ze wsi. Wyniki poniżej przeciętnych uzyskało tu 54% badanych, przy 32% wyników z przedziału przeciętnych i 15% powyżej przeciętnych. Podobne rozkłady wyników były w próbie pochodzącej z małych miast. Pozornie wydaje się, iż trend ten jest tu łagodniejszy, jednak w porównaniu z próbami pochodzącymi z miast obserwuje się więcej wyników niskich niż obniżonych. Łącznie poniżej przeciętnych wyniki uzyskało 44%, przy 32% przeciętnych i 25% wyników powyżej przeciętnych (wykres 72).

W obszarze samoakceptacja moralna w próbie osób z dużych miast można dostrzec przesuwanie się wyników w stronę wartości niższych, jednak nie jest to trend mocno zarysowany: 41% badanych uzyskuje wyniki z zakresu od bardzo niskich po obniżone, przy 21% osób uzyskujących rezultaty przeciętne i 38% powyżej przeciętnych. W próbie pochodzącej ze wsi tendencja ta jest już mocno widoczna: 58% badanych uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych (w tym 30% – niskie), 22% – przeciętne i 22% – powyżej przeciętnych. Wśród badanych z małych miast 50% wyników ma wartość poniżej przeciętnych, 20% to wyniki przeciętne, a 30% wyniki powyżej przeciętnych.

W przypadku atrakcyjności fizycznej w próbie badanych z dużych miast notuje się 40-procentowy udział wyników poniżej

przeciętnych, 39-procentowy przeciętnych oraz 21-procentowy udział wyników powyżej przeciętnych, co ukazuje tendencję do niższej samooceny. Wśród osób z małych miast i wsi dominują wyniki przeciętne (odpowiednio 50% i 43%), przy przewadze wyników poniżej przeciętnych (odpowiednio 31% i 36%) nad wynikami powyżej przeciętnych (odpowiednio 19% i 21%) (wykres 72).

Wykres 72. Zestawienie wyników przeliczonych dla komponentów: zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna, atrakcyjność fizyczna, w podziale według zmiennej miejsce zamieszkania.


Zdolności przywódcze – wyniki przeliczone – miejsce zamieszkania
N (d) = 140*1*Normal (Średnia = 3,6; Sigma = 1,4132); N (w) = 142*1*Normal (Średnia = 3,507; Sigma = 1,3087)
N (m) = 125*1*Normal (Średnia = 3,688; Sigma = 1,1669)
Liczba obs.
Samokontrola – wyniki przeliczone – miejsce zamieszkania
N (d) = 140*1*Normal (Średnia = 3,6286; Sigma = 1,2994); N (w) = 142*1*Normal (Średnia = 3,4014; Sigma = 1,1113)
N (m) = 125*1*Normal (Średnia = 3,616; Sigma = 1,3062)
Liczba obs.
Samoakceptacja moralna – wyniki przeliczone – miejsce zamieszkania
N (d) = 140*1*Normal (Średnia = 3,9857; Sigma = 1,8349); N (w) = 142*1*Normal (Średnia = 3,3803; Sigma = 1,5425)
N (m) = 125*1*Normal (Średnia = 3,648; Sigma = 1,6908)
Liczba obs.
Atrakcyjność fizyczna – wyniki przeliczone – miejsce zamieszkania
N (d) = 140*1*Normal (Średnia = 3,7429; Sigma = 1,3484); N (w) = 142*1*Normal (Średnia = 3,7535; Sigma = 1,2388)
N (m) = 125*1*Normal (Średnia = 3,84; Sigma = 1,2142)
Liczba obs.
MZ duże miasto (d)
MZ wieś (w)
MZ małe miasto (m)
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

Dla obszaru witalność w próbie pochodzącej z dużych miast notuje się 42-procentowy udział wyników z zakresu poniżej przeciętnych, 35% przeciętnych i 23% powyżej przeciętnych. Tendencja do niższych wartości samooceny w tym obszarze zauważalna jest także w próbie badanych ze wsi. Rozkład wyników to 47% poniżej przeciętnych, 40% przeciętnych i jedynie 13% powyżej przeciętnych. W próbie pochodzącej z małych miast 41% badanych uzyskuje wyniki od bardzo niskich po obniżone, 38% – przeciętne, a 22% – powyżej przeciętnych.

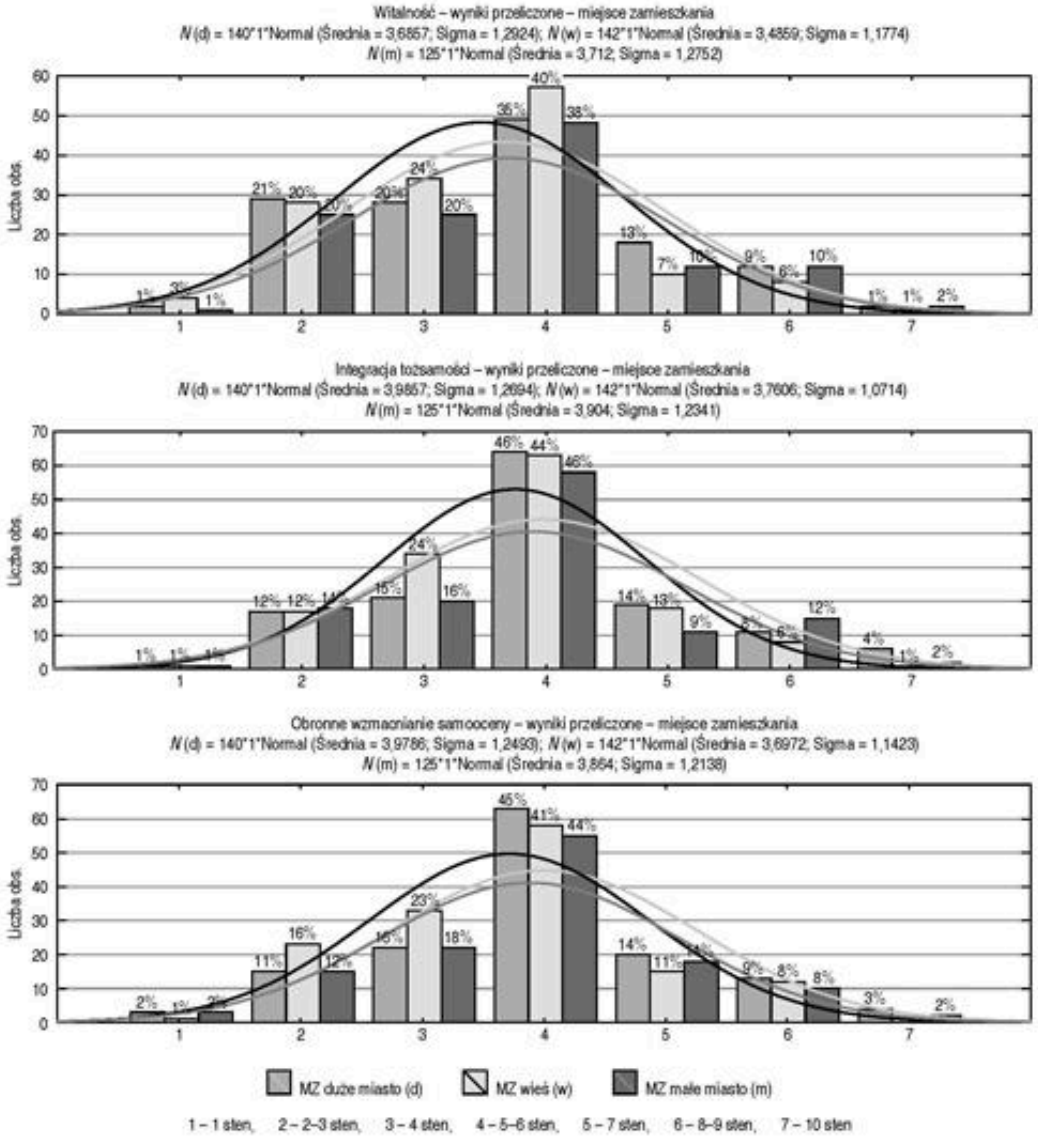
W przypadku integracji tożsamości obserwuje się we wszystkich grupach dominację wyników przeciętnych (w próbie z dużych miast odsetek wynosi 46%, wśród badanych z małych miast – 46%, a w grupie ze wsi – 44%). Wśród badanych z dużych miast obserwuje się względną równowagę wyników poniżej i powyżej przeciętnych, wynoszącą 28–26%, wśród respondentów ze wsi – przewagę wyników przeciętnych (44%) oraz 37-procentowy udział wyników poniżej przeciętnych i 20-procentowy powyżej przeciętnych. W próbie pochodzącej z małych miast również przeważają wyniki przeciętne: 46%, natomiast 31% respondentów uzyskuje wyniki z przedziału poniżej przeciętnych, przy 23% uzyskujących wyniki powyżej przeciętnych.

Bardzo podobne rozkłady obserwuje się w obszarze obronne wzmacnianie samooceny. W zbliżonych proporcjach dominują tu we wszystkich grupach wyniki przeciętne (odpowiednio 45%, 41%, 44%), przy względnej symetryczności w wynikach poniżej i powyżej przeciętnych (26–32%) w próbach pochodzących z dużych i małych miast oraz przewadze wyników od bardzo niskich po obniżone w próbie ze wsi (40% poniżej przeciętnych i 19% powyżej przeciętnych) (wykres 73).

Biorąc pod uwagę kwestię różnicowania przez zmienną miejsce zamieszkania wyników grup badanych pochodzących z dużych, małych miast oraz wsi, zastosowano analizę wariancji. Analiza wariancji (ANOVA jednoczynnikowa, parametryczna) ukazała brak istotności statystycznej różnic [Lambda Wilksa = 0,94, $F(22, 792) = 1,18$, $p = 0,254$]. W analizach *post hoc* testem Tukeya dla różnych *N* również nie zostały stwierdzone żadne istotne

statystycznie różnice międzygrupowe. Można zatem przyjąć, iż zmienna miejsce zamieszkania nie różnicuje wyników badań.

Wykres 73. Zestawienie wyników przeliczonych dla komponentów: witalność, integracja tożsamości i obronne wzmacnianie samooceny, w podziale według zmiennej miejsce zamieszkania.


Witalność – wyniki przeliczone – miejsce zamieszkania
N (d) = 140*1*Normal (Średnia = 3,6857; Sigma = 1,2924); N (w) = 142*1*Normal (Średnia = 3,4859; Sigma = 1,1774)
N (m) = 125*1*Normal (Średnia = 3,712; Sigma = 1,2752)
Liczba obs.
Integracja tożsamości – wyniki przeliczone – miejsce zamieszkania
N (d) = 140*1*Normal (Średnia = 3,9857; Sigma = 1,2694); N (w) = 142*1*Normal (Średnia = 3,7606; Sigma = 1,0714)
N (m) = 125*1*Normal (Średnia = 3,904; Sigma = 1,2341)
Liczba obs.
Obronne wzmacnianie samooceny – wyniki przeliczone – miejsce zamieszkania
N (d) = 140*1*Normal (Średnia = 3,9786; Sigma = 1,2493); N (w) = 142*1*Normal (Średnia = 3,6972; Sigma = 1,1423)
N (m) = 125*1*Normal (Średnia = 3,864; Sigma = 1,2138)
Liczba obs.
MZ duże miasto (d)
MZ wieś (w)
MZ małe miasto (m)
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

7.5. Wyniki badań w podziale według zmiennej pozycja zawodowa

Na podstawie danych surowych i poziomu średniej oraz mediany można stwierdzić, iż najwyższy poziom w zakresie samooceny ogólnej wykazują osoby czynne zawodowo, nieco niższe wartości notuje się dla uczniów/studentów, a najniższe – dla osób niepracujących. W obszarach: kompetencje, popularność, zdolności przywódcze również najwyższe wartości średnich i median obserwuje się w próbie osób czynnych zawodowo, niższe – wśród uczniów i studentów, a najniższe – wśród niepracujących. W odniesieniu do bycia kochanym najwyższe wartości średnich i median notuje się w próbie czynnych zawodowo, a porównywalny poziom wśród uczniów/studentów i osób niepracujących. W zakresie samokontroli, samoakceptacji moralnej najwyższe wyniki średnich i median również występują w próbie czynnych zawodowo, natomiast najniższe – wśród uczniów/studentów. W obszarze atrakcyjność fizyczna osoby czynne zawodowo mają najwyższy poziom średnich, nieco niższy – uczniowie/studenci, ale przy jednopunktowej przewadze w wartości median. Badani niepracujący uzyskują najniższe rezultaty. W przypadku witalności osoby czynne zawodowo i uczniowie/studenci uzyskują podobne wyniki średnich przy równych medianach, osoby niepracujące – nieco niższe. Dla obszarów integracja tożsamości oraz obronne wzmacnianie samooceny najwyższe rezultaty notuje się w próbie osób czynnych zawodowo, najniższe – wśród uczniów/studentów.

Na podstawie odchyleń ćwiartkowych, zakresu wartości nieodstających, odchyleń standardowych i wartości wariancji można uznać, iż w próbie uczniów/studentów największe rozproszenie wyników dotyczy witalności, najmniejsze – samokontroli i samoakceptacji moralnej, a w próbie osób czynnych

zawodowo największe obserwuje się w obszarach bycie kochanym, witalność, najmniejsze – w zakresie samokontroli. Wśród niepracujących największe rozproszenie notuje się dla obszaru witalność (gdzie zbliża się ono do rozproszenia niebranego pod uwagę obronnego wzmacniania samooceny), najmniejsze – dla obszaru integracja tożsamości. Porównując zmienność wyników dotyczących obronnego wzmacniania samooceny w grupach, obserwuje się duże różnice w wynikach osób czynnych zawodowo, uczniów/studentów i osób niepracujących. Biorąc pod uwagę skośność zbiorów danych oraz kurtozę, nie stwierdza się odstępstw świadczących o braku normalności rozkładu. W próbie uczniów/studentów notuje się jedynie leptokurtyczność wynoszącą 3,10 dla obszaru integracja tożsamości (tabela 97, wykres 74).

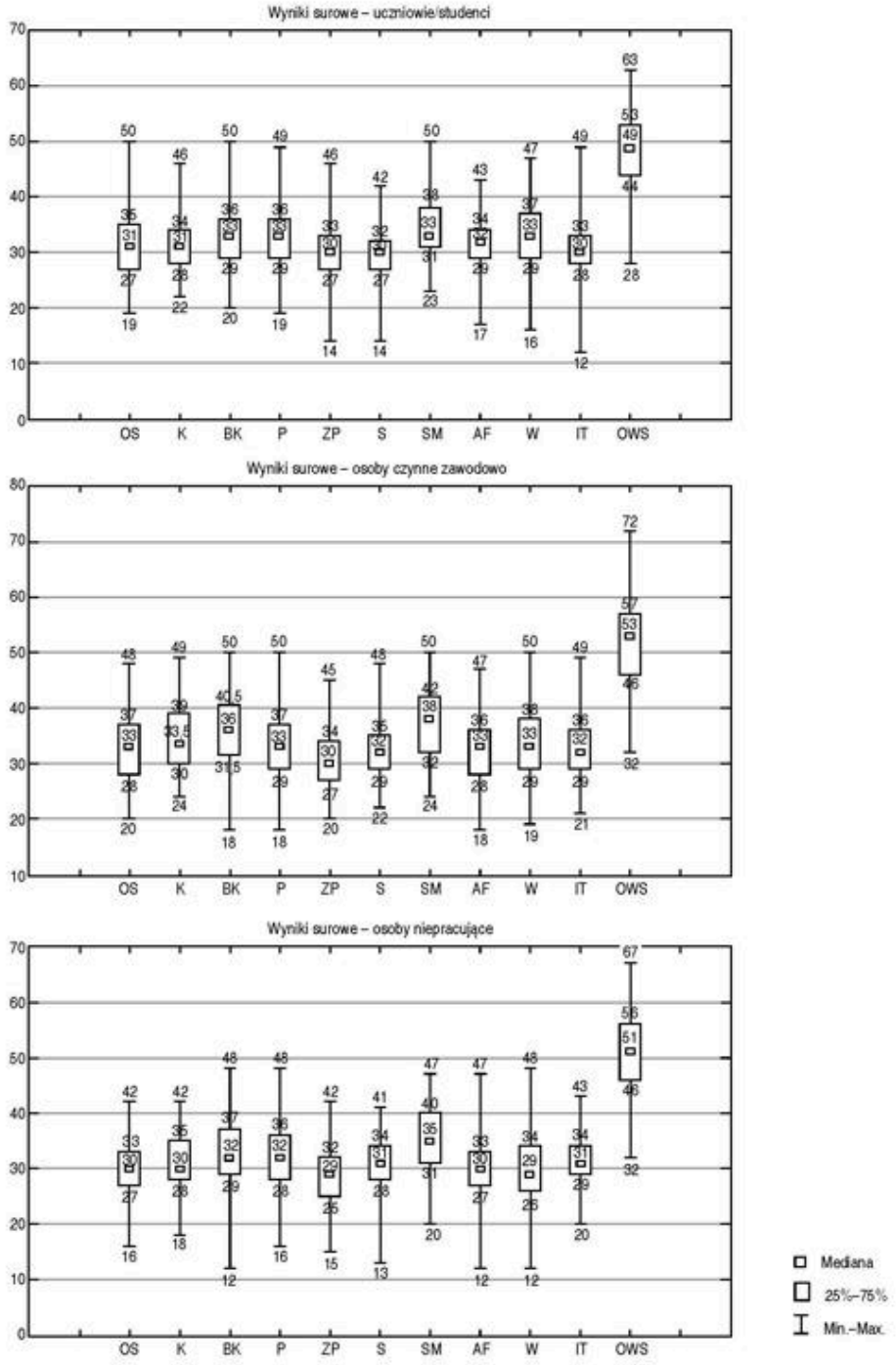
Tabela 97 Wyniki surowe dla samooceny i jej komponentów w podziale według zmiennej pozycja zawodowa

Samoocena	*M*	*Me*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	SD^2	*SKE*	*K*
Uczniowie/studenci, *N* ważnych = 89										
Ogólna samoocena	30,75	31,00	19,00	50,00	27,00	35,00	5,57	31,03	0,21	0,75
Kompetencje	31,45	31,00	22,00	46,00	28,00	34,00	5,11	26,16	0,59	0,01
Bycie kochanym	32,88	33,00	20,00	50,00	29,00	36,00	5,87	34,50	0,46	0,30
Popularność	32,28	33,00	19,00	49,00	29,00	36,00	5,67	32,16	0,08	0,13
Zdolności przywódcze	29,98	30,00	14,00	46,00	27,00	33,00	5,26	27,70	0,23	0,89
Samokontrola	29,83	30,00	14,00	42,00	27,00	32,00	4,94	24,44	0,10	0,72
Samoakceptacja moralna	34,33	33,00	23,00	50,00	31,00	38,00	4,93	24,31	0,63	0,29
Atrakcyjność fizyczna	31,28	32,00	17,00	43,00	29,00	34,00	5,64	31,84	–0,41	0,16
Witalność	32,33	33,00	16,00	47,00	29,00	37,00	6,40	40,95	–0,22	0,07
Integracja tożsamości	30,15	30,00	12,00	49,00	28,00	33,00	5,08	25,83	–0,11	3,10
Obronne wzmacnianie samooceny	48,45	49,00	28,00	63,00	44,00	53,00	6,69	44,80	–0,44	0,55
Osoby czynne zawodowo, *N* ważnych = 88										
Ogólna samoocena	32,81	33,00	20,00	48,00	28,00	37,00	5,90	34,76	0,27	–0,28
Kompetencje	34,06	33,50	24,00	49,00	30,00	39,00	5,57	30,97	0,40	–0,36
Bycie kochanym	36,19	36,00	18,00	50,00	31,50	40,50	6,66	44,34	0,10	–0,17
Popularność	33,50	33,00	18,00	50,00	29,00	37,00	6,13	37,61	0,36	–0,09
Zdolności przywódcze	30,52	30,00	20,00	45,00	27,00	34,00	5,50	30,30	0,26	–0,33
Samokontrola	32,22	32,00	22,00	48,00	29,00	35,00	4,86	23,64	0,69	1,38
Samoakceptacja moralna	37,38	38,00	24,00	50,00	32,00	42,00	6,29	39,59	0,07	–1,11
Atrakcyjność fizyczna	32,44	33,00	18,00	47,00	28,00	36,00	6,10	37,19	–0,02	–0,21
Witalność	33,42	33,00	19,00	50,00	29,00	38,00	6,57	43,19	0,07	–0,33
Integracja tożsamości	32,44	32,00	21,00	49,00	29,00	36,00	5,51	30,36	0,50	0,60
Obronne wzmacnianie samooceny	51,97	53,00	32,00	72,00	46,00	57,00	8,44	71,30	0,06	–0,21
Osoby niepracujące, *N* ważnych = 79										
Ogólna samoocena	29,77	30,00	16,00	42,00	27,00	33,00	5,72	32,69	–0,48	0,52
Kompetencje	30,76	30,00	18,00	42,00	28,00	35,00	4,78	22,85	–0,15	0,32
Bycie kochanym	32,77	32,00	12,00	48,00	29,00	37,00	6,07	36,79	–0,34	2,38
Popularność	31,72	32,00	16,00	48,00	28,00	36,00	5,71	32,56	0,02	0,74
Zdolności przywódcze	28,56	29,00	15,00	42,00	25,00	32,00	5,65	31,97	–0,18	–0,22
Samokontrola	30,62	31,00	13,00	41,00	28,00	34,00	5,76	33,21	–0,63	0,38
Samoakceptacja moralna	35,11	35,00	20,00	47,00	31,00	40,00	6,14	37,72	–0,09	–0,44
Atrakcyjność fizyczna	29,48	30,00	12,00	47,00	27,00	33,00	5,76	33,23	–0,34	1,68
Witalność	29,54	29,00	12,00	48,00	26,00	34,00	6,99	48,84	0,00	0,32
Integracja tożsamości	31,41	31,00	20,00	43,00	29,00	34,00	4,73	22,37	0,16	0,38
Obronne wzmacnianie samooceny	50,70	51,00	32,00	67,00	46,00	56,00	7,03	49,37	–0,17	–0,21

OS – ogólna samoocena; K – kompetencje; BK – bycie kochanym; P – popularność; ZP – zdolności przywódcze; S –samokontrola; SM –

samoakceptacja moralna; AF – atrakcyjność fizyczna; W – witalność; IT – integracja tożsamości; OWS – obronne wzmacnianie samooceny

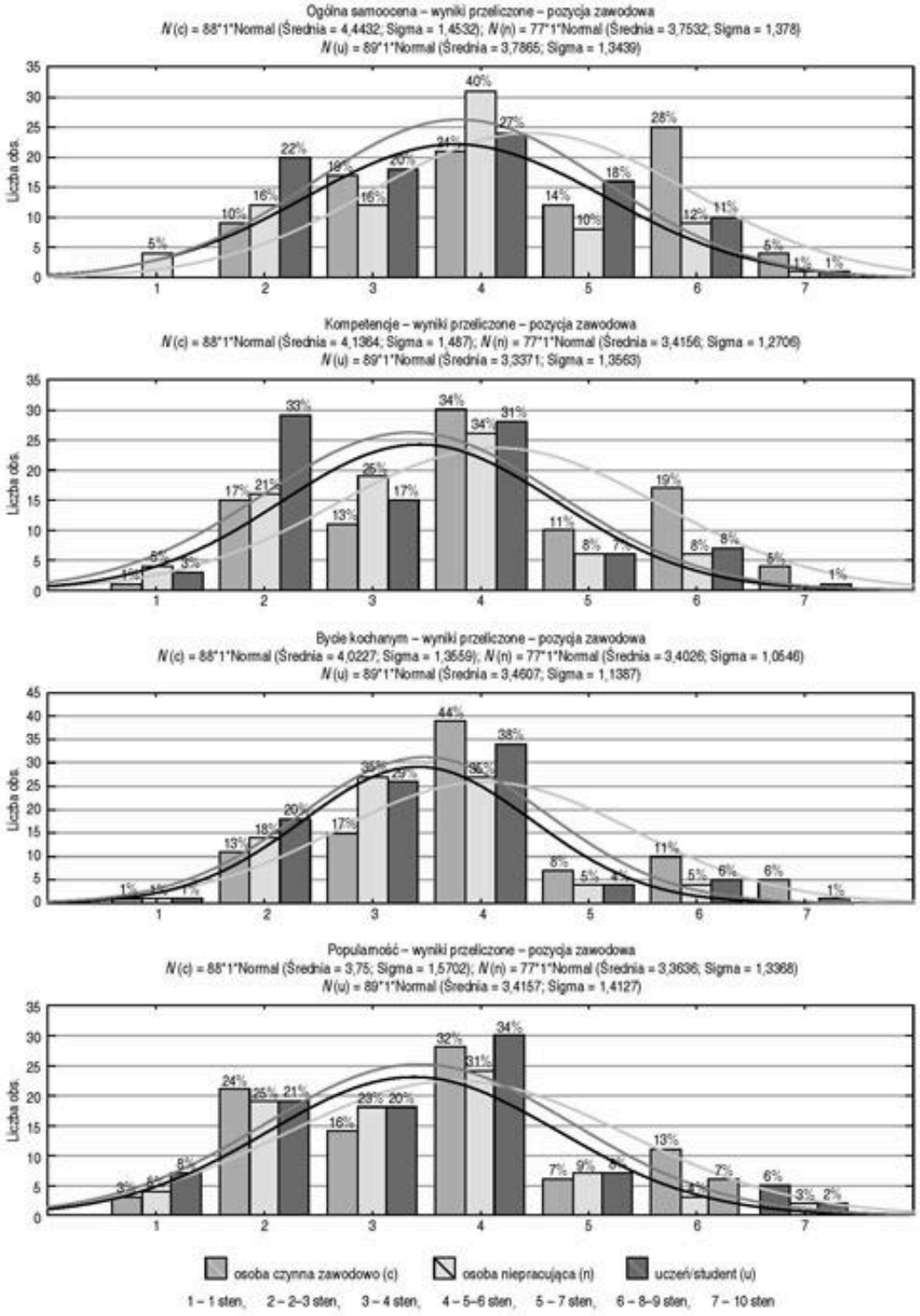
Wykres 74. Zestawienie wyników surowych dla samooceny i jej komponentów w podziale według zmiennej pozycja zawodowa.



Analizując rozkłady danych przeliczonych w próbach zróżnicowanych ze względu na pozycję zawodową, dla samooceny ogólnej w grupie czynnych zawodowo zauważa się asymetrię, z przesunięciem w stronę wartości wysokich (poniżej przeciętnych 29%, przeciętnych 24%, powyżej przeciętnych 47%). W próbie niepracujących dominują wyniki przeciętne (40%) z przewagą wyników poniżej przeciętnych (37%) nad wynikami powyżej przeciętnych (23%). Wśród uczniów/studentów zauważa się dominację wyników z zakresu poniżej przeciętnych (42%), przy 27% wyników przeciętnych i 30% wyników powyżej przeciętnych (wykres 75). W odniesieniu do kompetencji wśród osób czynnych zawodowo notuje się względnie symetryczny rozkład wyników z niewielką przewagą wartości powyżej przeciętnych (35%), przy wynikach poniżej przeciętnych uzyskanych przez 31% respondentów i przeciętnych uzyskanych przez 34% badanych. Wśród osób niepracujących zawodowo 54% respondentów uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, 34% – przeciętne, a jedynie 16% – powyżej przeciętnych. W grupie uczniów/studentów rozkład wyników przeliczonych również przesuwa się w stronę wartości niskich. Wynik poniżej przeciętnego uzyskuje tu 53% badanych, przeciętny – 31%, a powyżej przeciętnego – 16% (wykres 75). W obszarze bycie kochanym wśród respondentów czynnych zawodowo przeważają wyniki przeciętne (44%). Wynik poniżej przeciętnych uzyskuje 31% badanych, powyżej przeciętnych – 25%. Wśród osób niepracujących 54% respondentów ma wyniki poniżej przeciętnych, przy 35% przeciętnych i 10% powyżej przeciętnych. Również 50% badanych uczniów/studentów uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, przy 38% przeciętnych i zaledwie 11% powyżej przeciętnych (wykres 75). W przypadku popularności we wszystkich grupach zauważa się tendencję do uzyskiwania niskich wyników. Wśród respondentów czynnych zawodowo wyniki poniżej przeciętnych uzyskuje 43% badanych, przeciętne – 32%, a powyżej przeciętnych – 26%. W próbie osób niepracujących wyniki od bardzo niskich po obniżone uzyskuje 53% badanych, przy 31%

uzyskujących wyniki przeciętne i 16% powyżej przeciętnych. Dla uczniów/studentów stwierdzony został następujący rozkład wyników przeliczonych: 49% poniżej przeciętnych, 34% przeciętnych i 17% powyżej przeciętnych (wykres 75).

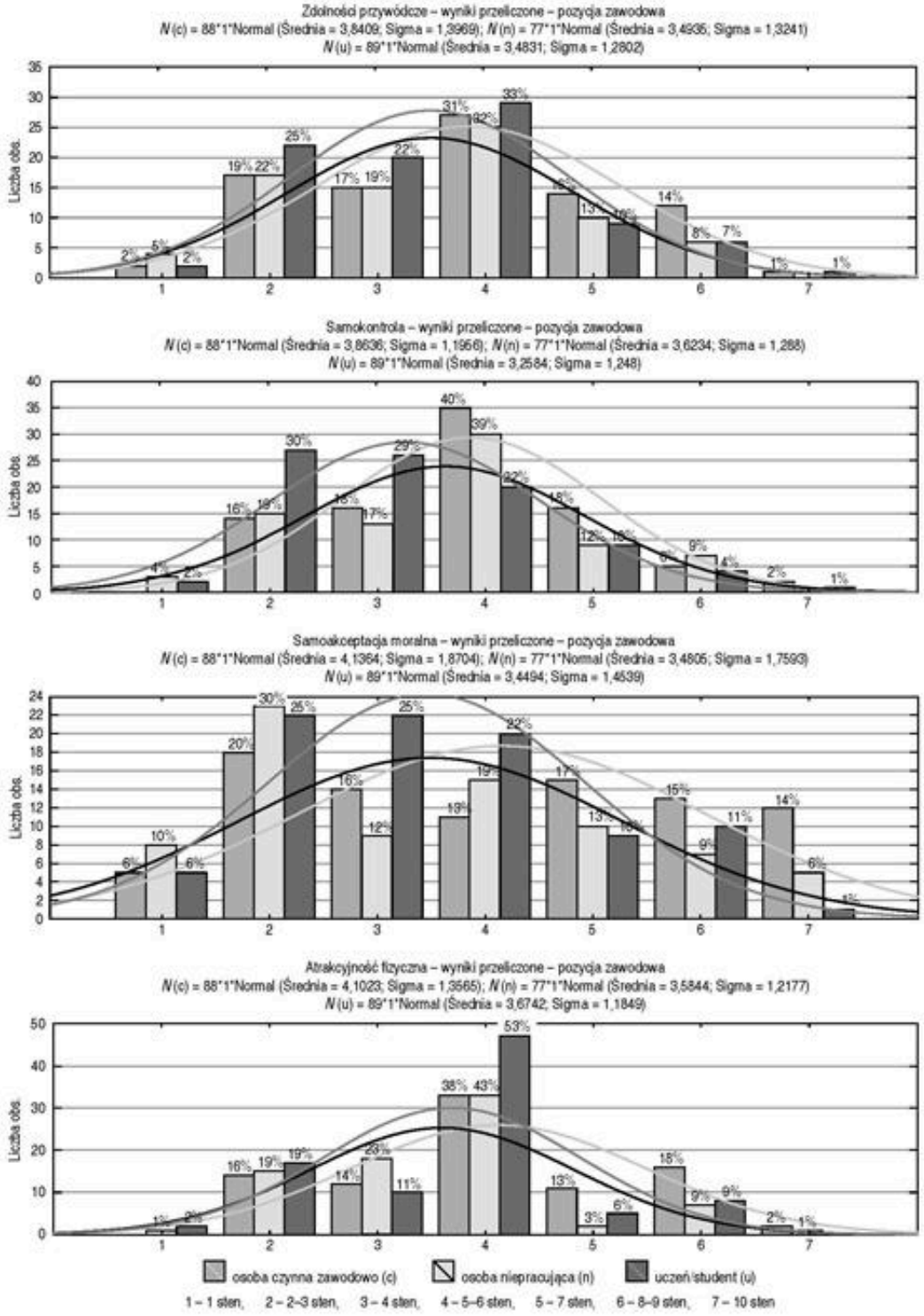
Wykres 75. Zestawienie wyników przeliczonych dla samooceny ogólnej oraz komponentów: kompetencje, bycie kochanym, popularność, w podziale według zmiennej pozycja zawodowa.


Ogólna samoocena – wyniki przeliczone – pozycja zawodowa
N (c) = 88*1*Normal (Średnia = 4,4432; Sigma = 1,4532); N (n) = 77*1*Normal (Średnia = 3,7532; Sigma = 1,378)
N (u) = 89*1*Normal (Średnia = 3,7865; Sigma = 1,3439)
Liczba obs.
Kompetencje – wyniki przeliczone – pozycja zawodowa
N (c) = 88*1*Normal (Średnia = 4,1364; Sigma = 1,487); N (n) = 77*1*Normal (Średnia = 3,4156; Sigma = 1,2706)
N (u) = 89*1*Normal (Średnia = 3,3371; Sigma = 1,3563)
Liczba obs.
Bycie kochanym – wyniki przeliczone – pozycja zawodowa
N (c) = 88*1*Normal (Średnia = 4,0227; Sigma = 1,3559); N (n) = 77*1*Normal (Średnia = 3,4026; Sigma = 1,0546)
N (u) = 89*1*Normal (Średnia = 3,4607; Sigma = 1,1387)
Liczba obs.
Popularność – wyniki przeliczone – pozycja zawodowa
N (c) = 88*1*Normal (Średnia = 3,75; Sigma = 1,5702); N (n) = 77*1*Normal (Średnia = 3,3636; Sigma = 1,3368)
N (u) = 89*1*Normal (Średnia = 3,4157; Sigma = 1,4127)
Liczba obs.
osoba czynna zawodowo (c)
osoba niepracująca (n)
uczeń/student (u)
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

W przypadku zdolności przywódczych w próbie osób pracujących zawodowo 38% badanych uzyskuje wynik poniżej przeciętnego, 31% – przeciętny, a 31% – powyżej przeciętnego. Stwierdza się zatem niewielkie przesunięcie w stronę wartości niskich. W próbie osób niepracujących przesunięcie w stronę wartości niskich jest znacznie większe: 46% badanych uzyskuje wynik poniżej przeciętnego, przy 32% respondentów uzyskujących wynik przeciętny i 21% uzyskujących wynik powyżej przeciętnego. Wśród uczniów/studentów 49% badanych uzyskuje wyniki od bardzo niskich po obniżone, przeciętne – 33%, a powyżej przeciętnych – 18%. W obszarze samokontroli wśród osób czynnych zawodowo dominują wyniki przeciętne (40%). Poniżej przeciętnych wynik uzyskało 34% respondentów, a powyżej – 26%. W próbie niepracujących notuje się względną równowagę wyników poniżej przeciętnych (40%) i powyżej przeciętnych (39%), przy 21% wyników powyżej przeciętnych. Wśród uczniów/studentów zauważa się mocną dominację wyników od bardzo niskich po obniżone (61%), przy 22% wyników przeciętnych i 15% wyników powyżej przeciętnych (wykres 76). W przypadku samoakceptacji moralnej w grupie czynnych zawodowo zauważa się względną równowagę wyników poniżej i powyżej przeciętnych (42% i 46%), przy 13% wyników przeciętnych. Wśród osób niepracujących 52% badanych uzyskuje wynik poniżej przeciętnego, przy 19% wyników przeciętnych i 28% wyników powyżej przeciętnych. W grupie uczniów/studentów obserwuje się trend podobny do stwierdzonego wśród niepracujących, ale mocniejszy: 56% respondentów uzyskuje wynik poniżej przeciętnego, 22% – przeciętny, a 22% – powyżej przeciętnego (wykres 76). W obszarze atrakcyjność fizyczna wśród osób czynnych zawodowo dominują wyniki przeciętne (38%), odsetek wyników poniżej przeciętnych wynosi 30%, a powyżej przeciętnych – 33%. W grupie osób niepracujących obserwuje się równowagę: po 43% wyników poniżej przeciętnych i przeciętnych oraz 13% wyników powyżej przeciętnych. W próbie uczniów/studentów 53% badanych uzyskuje rezultaty przeciętne,

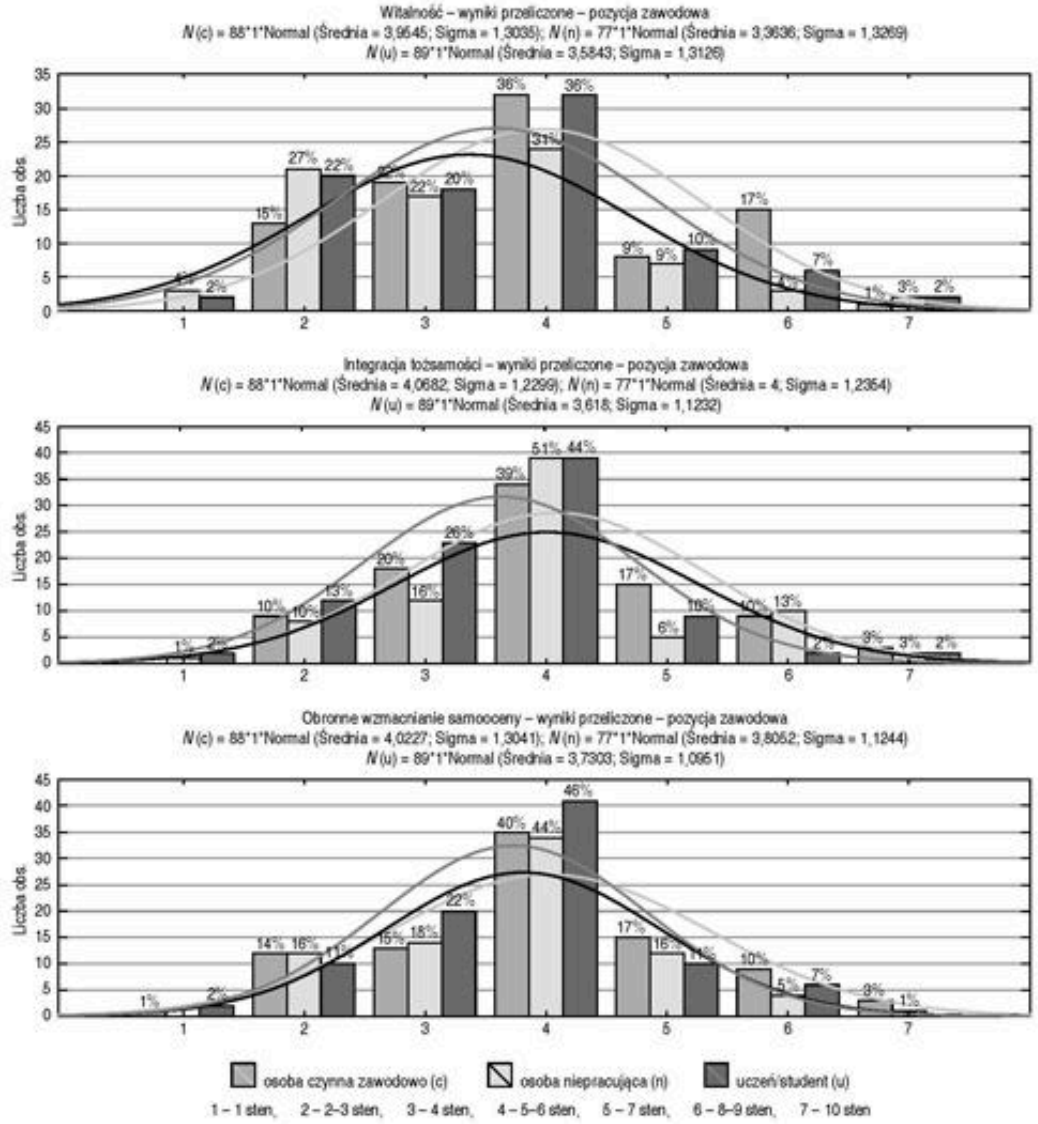
32% – poniżej przeciętnych i 16% powyżej przeciętnych (wykres 76).

Wykres 76. Zestawienie wyników przeliczonych dla komponentów: zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna, atrakcyjność fizyczna, w podziale według zmiennej pozycja zawodowa.


Zdolności przywódcze – wyniki przeliczone – pozycja zawodowa
N (c) = 88*1*Normal (Średnia = 3,8409; Sigma = 1,3969); N (n) = 77*1*Normal (Średnia = 3,4935; Sigma = 1,3241)
N (u) = 89*1*Normal (Średnia = 3,4831; Sigma = 1,2802)
Liczba obs.
Samokontrola – wyniki przeliczone – pozycja zawodowa
N (c) = 88*1*Normal (Średnia = 3,8636; Sigma = 1,1956); N (n) = 77*1*Normal (Średnia = 3,6234; Sigma = 1,288)
N (u) = 89*1*Normal (Średnia = 3,2584; Sigma = 1,248)
Liczba obs.
Samoakceptacja moralna – wyniki przeliczone – pozycja zawodowa
N (c) = 88*1*Normal (Średnia = 4,1364; Sigma = 1,8704); N (n) = 77*1*Normal (Średnia = 3,4805; Sigma = 1,7593)
N (u) = 89*1*Normal (Średnia = 3,4494; Sigma = 1,4539)
Liczba obs.
Atrakcyjność fizyczna – wyniki przeliczone – pozycja zawodowa
N (c) = 88*1*Normal (Średnia = 4,1023; Sigma = 1,3665); N (n) = 77*1*Normal (Średnia = 3,5844; Sigma = 1,2177)
N (u) = 89*1*Normal (Średnia = 3,6742; Sigma = 1,1849)
Liczba obs.
osoba czynna zawodowo (c)
osoba niepracująca (n)
uczeń/student (u)
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

W obszarze witalność w próbie osób czynnych zawodowo zauważa się niewielką przewagę wyników poniżej przeciętnych (37%) nad przeciętnymi (36%) i 27% wyników powyżej przeciętnych. Mocniejszy trend przesuwający wyniki w stronę wartości niskich stwierdza się w próbie osób niepracujących. Wyniki poniżej przeciętnych uzyskuje tu 53% badanych, przeciętne – 31%, powyżej przeciętnych – 16%. W próbie uczniów/studentów wyniki od bardzo niskich po obniżone uzyskuje 44% badanych, przeciętne – 36%, a powyżej przeciętnych – 19% respondentów (wykres 77).

Wykres 77. Zestawienie wyników przeliczonych dla komponentów: witalność, integracja tożsamości i obronne wzmacnianie samooceny, w podziale według zmiennej pozycja zawodowa.


Witalność – wyniki przeliczone – pozycja zawodowa
N (c) = 88*1*Normal (Średnia = 3,9545; Sigma = 1,3035); N (n) = 77*1*Normal (Średnia = 3,3636; Sigma = 1,3269)
N (u) = 89*1*Normal (Średnia = 3,5843; Sigma = 1,3126)
Liczba obs
Integracja tożsamości – wyniki przeliczone – pozycja zawodowa
N (c) = 88*1*Normal (Średnia = 4,0682; Sigma = 1,2299); N (n) = 77*1*Normal (Średnia = 4; Sigma = 1,2354)
N (u) = 89*1*Normal (Średnia = 3,618; Sigma = 1,1232)
Liczba obs
Obronne wzmacnianie samooceny – wyniki przeliczone – pozycja zawodowa
N (c) = 88*1*Normal (Średnia = 4,0227; Sigma = 1,3041); N (n) = 77*1*Normal (Średnia = 3,8052; Sigma = 1,1244)
N (u) = 89*1*Normal (Średnia = 3,7303; Sigma = 1,0951)
Liczba obs
osoba czynna zawodowo (c)
osoba niepracująca (n)
uczeń/student (u)
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

W obszarze integracja tożsamości we wszystkich próbach notuje się przewagę wyników przeciętnych. Rozkład danych dla grupy osób czynnych zawodowo przybiera postać: 39% wyników przeciętnych, 30% wyników poniżej przeciętnych oraz 30% powyżej przeciętnych; rozkład wyników dla osób niepracujących: 51% wyników przeciętnych, 27% poniżej przeciętnych i 22% wyników powyżej przeciętnych; w próbie uczniów/studentów

notuje się 44% wyników przeciętnych, 41% poniżej przeciętnych oraz 14% powyżej przeciętnych. W przypadku obronnego wzmacniania samooceny również we wszystkich próbach przeważają wyniki przeciętne. Wśród badanych czynnych zawodowo taki wynik uzyskuje 40% respondentów, wśród niepracujących – 44%, a wśród uczniów/studentów – 46%. Wyniki poniżej przeciętnych w próbie czynnych zawodowo uzyskuje 30% badanych, wśród niepracujących – 34%, a wśród uczniów/studentów – 35%. Wyniki powyżej przeciętnych w grupie pracujących uzyskuje 30% badanych, w grupie niepracujących – 22%, a wśród uczniów/studentów – 18% (wykres 77).

Rozważając przyjęcie tezy, iż zmienna pozycja zawodowa nie różnicuje wyników osób czynnych zawodowo, niepracujących oraz uczniów/studentów, wykonano analizę wariancji (ANOVA jednoczynnikowa). Przy wyniku testu Lambda Wilksa = 0,82, $F(22, 486) = 2{,}31$, $p = 0{,}001$ należy przyjąć, iż istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy badanymi zmiennymi: zmienna pozycja zawodowa istotnie różnicuje wyniki prób. Testy *post hoc* (test Tukeya dla różnych *M*) ujawniły związki w dziewięciu obszarach samooceny. Osoby czynne zawodowo uzyskują istotnie wyższe wyniki w zakresie ogólnej samooceny, kompetencji, bycia kochanym niż niepracujące i uczniowie/studenci. W obszarze samokontrola osoby czynne zawodowo uzyskują istotnie wyższe wyniki niż uczniowie/studenci, a w obszarze samoakceptacja moralna – istotnie wyższe wyniki niż zarówno niepracujący, jak i uczniowie/studenci. W zakresie atrakcyjności fizycznej badani pracujący zawodowo mają istotnie wyższe wyniki niż niepracujący, a w obszarze witalność osoby czynne zawodowo i uczniowie/studenci uzyskują istotnie wyższe oceny niż niepracujący. W przypadku obszarów integracja tożsamości oraz obronne wzmacnianie samooceny osoby czynne zawodowo uzyskują istotnie wyższe wyniki niż uczniowie/studenci (tabela 98).

Tabela 98 Zestawienie różnic międzygrupowych dla ogólnej samooceny i jej komponentów w próbie różnicowanej zmienną pozycja zawodowa

Ogólna samoocena			
M	{1} 32,81	{2} 29,77	{3} 30,75
Czynni zawodowo (1)		0,003**	0,046*
Niepracujący (2)	0,003**		0,529
Uczniowie/studenci (3)	0,046*	0,529	
MS międzygrupowe		32,82	
Kompetencje			
M	{1} 34,06	{2} 30,76	{3} 31,45
Czynni zawodowo (1)		0,000***	0,002**
Niepracujący (2)	0,000***		0,680
Uczniowie/studenci (3)	0,002**	0,680	
MS międzygrupowe		26,80	
Bycie kochanym			
M	{1} 36,19	{2} 32,77	{3} 32,88
Czynni zawodowo (1)		0,002**	0,001***
Niepracujący (2)	0,002**		0,994
Uczniowie/studenci (3)	0,001***	0,994	
MS międzygrupowe		38,59	
Samokontrola			
M	{1} 32,22	{2} 30,62	{3} 29,83
Czynni zawodowo (1)		0,130	0,006**
Niepracujący (2)	0,130		0,605
Uczniowie/studenci (3)	0,006**	0,605	
MS międzygrupowe		26,87	
Samoakceptacja moralna			
M	{1} 37,38	{2} 35,11	{3} 34,33
Czynni zawodowo (1)		0,038*	0,001***
Niepracujący (2)	0,038*		0,670
Uczniowie/studenci (3)	0,001***	0,670	
MS międzygrupowe		33,70	
Atrakcyjność fizyczna			
M	{1} 32,443	{2} 29,481	{3} 31,281
Czynni zawodowo (1)		0,004**	0,384
Niepracujący (2)	0,004**		0,128
Uczniowie/studenci (3)	0,384	0,128	
MS międzygrupowe		34,11	

Witalność			
M	{1} 33,42	{2} 29,54	{3} 32,33
Czynni zawodowo (1)		0,001***	0,519
Niepracujący (2)	0,001***		0,023*
Uczniowie/studenci (3)	0,519	0,023*	
MS międzygrupowe		44,15	
Integracja tożsamości			
M	{1} 32,44	{2} 31,41	{3} 30,15
Czynni zawodowo (1)		0,411	0,008**
Niepracujący (2)	0,411		0,271
Uczniowie/studenci (3)	0,008**	0,271	
MS międzygrupowe		26,32	
Obronne wzmacnianie samooceny			
M	{1} 51,97	{2} 50,70	{3} 48,45
Czynni zawodowo (1)		0,531	0,005**
Niepracujący (2)	0,531		0,139
Uczniowie/studenci (3)	0,005**	0,139	
MS międzygrupowe		55,32	
df		253	

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

7.6. Wyniki badań w podziale według zmiennej sposób protezowania

Analizując wyniki surowe dla samooceny ogólnej i jej obszarów w podziale według zmiennej sposób protezowania, stwierdza się, iż dla wyniku całościowego i obszaru kompetencje wśród osób aparatowanych, implantowanych oraz niekorzystających z protez słuchowych średnie są bardzo zbliżone, przy nieco zróżnicowanym poziomie median. W próbie osób implantowanych i niekorzystających z protez słuchowych mediany dla ogólnej samooceny są równe, wśród osób aparatowanych – niższe o 0,5 pkt. Dla obszaru kompetencje najwyższy poziom mediany notuje się w próbie osób implantowanych, najniższy – wśród aparatowanych. W przypadku obszaru bycie kochanym próba osób implantowanych osiąga poziom średniej i mediany wyższy od poziomów średnich prób aparatowanych oraz niekorzystających z protez (poziomy średnich zbliżone, mediana próby aparatowanych wyższa niż próby niekorzystającej z protez). W zakresie popularności notuje się zbliżone poziomy średnich w próbach implantowanych i niekorzystających z protez, przy wyższej medianie w próbie implantowanych. Nieco niższą średnią niż w próbach osób implantowanych i niekorzystających z protez odnotowuje się wśród osób z aparatami, przy wyższym w tej grupie poziomie mediany niż w grupie niekorzystających z protez słuchowych. W przypadku obszaru zdolności przywódcze we wszystkich grupach występuje podobny poziom średnich i median. W obszarze samokontrola osoby nienoszące protez słuchowych mają nieznacznie wyższe rezultaty średnich i median niż osoby aparatowane i implantowane. W zakresie samoakceptacji moralnej również notuje się równe poziomy średnich i median. W obszarze atrakcyjność fizyczna poziom średniej i mediany jest nieco wyższy

wśród osób implantowanych niż w pozostałych dwóch grupach (w owych grupach poziomy zbliżone). Dla obszaru witalność najwyższy poziom średniej i mediany uzyskują respondenci implantowani, najniższy – aparatowani. W obszarach integracja tożsamości oraz obronne wzmacnianie samooceny obserwuje się ekwiwalentne wartości średnich i median we wszystkich grupach.

Rozpatrując zakres wartości nieodstających, odchylenia ćwiartkowe, wartości odchyleń standardowych oraz wartość wariancji, największe rozproszenie wyników stwierdza się wśród osób aparatowanych dla obszaru samoakceptacja moralna, najmniejsze dla integracji tożsamości. Wśród osób implantowanych największe rozproszenie wyników istnieje dla obszaru witalność, a najmniejsze dla obszarów samokontrola i integracja tożsamości. W próbie osób niekorzystających z protez największy rozrzut wyników dotyczy bycia kochanym, a najmniejszy integracji tożsamości. W zakresie obronnego wzmacniania samooceny obserwuje się porównywalne rozrzuty dla osób z aparatami i niekorzystających z protez oraz zdecydowanie mniejszy dla osób implantowanych. Na podstawie asymetrii rozkładów danych oraz wartości kurtozy można stwierdzić, iż we wszystkich grupach wartość skośności zamyka się w przedziale +/–1, nie obserwuje się także rozkładów plato- czy leptokurtycznych, zatem zbliżają się one do rozkładu normalnego (tabela 99, wykres 78).

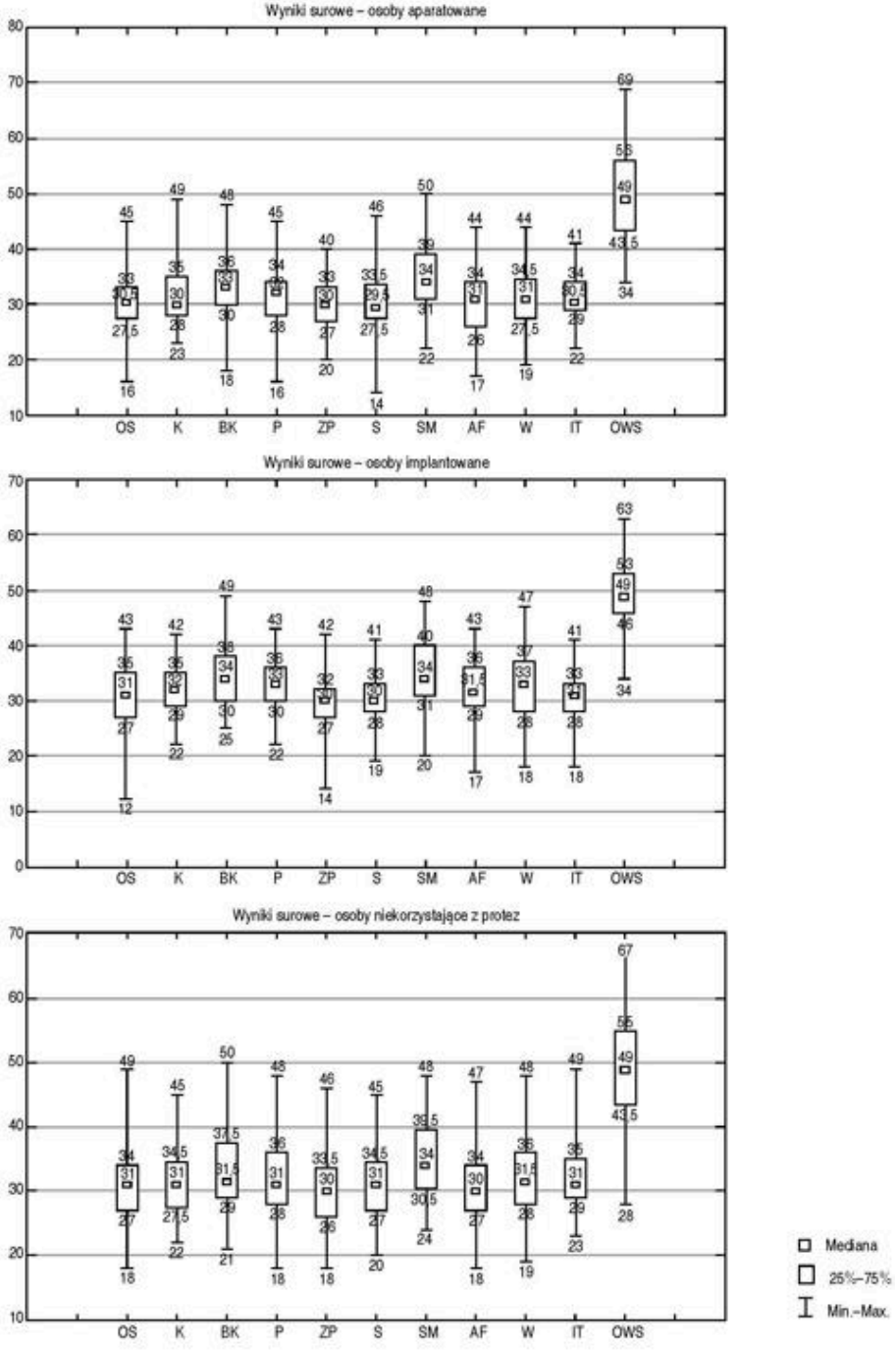
Tabela 99 Wyniki surowe dla samooceny i jej komponentów w podziale według zmiennej rodzaj protezy słuchowej

Samoocena	*M*	*Me*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	*SD*²	*SKE*	*K*
Aparatowani, *N* ważnych = 60										
Ogólna samoocena	30,32	30,50	16,00	45,00	27,50	33,00	5,59	31,27	–0,16	0,67
Kompetencje	31,53	30,00	23,00	49,00	28,00	35,00	5,23	27,34	0,83	0,79
Bycie kochanym	33,00	33,00	18,00	48,00	30,00	36,00	5,60	31,39	–0,13	0,75
Popularność	31,18	32,00	16,00	45,00	28,00	34,00	5,63	31,71	–0,29	1,08

Zdolności przywódcze	29,90	30,00	20,00	40,00	27,00	33,00	4,62	21,31	–0,09	–0,13
Samokontrola	30,42	29,50	14,00	46,00	27,50	33,50	5,41	29,30	0,17	1,54
Samoakceptacja moralna	35,00	34,00	22,00	50,00	31,00	39,00	6,02	36,20	0,30	0,10
Atrakcyjność fizyczna	30,35	31,00	17,00	44,00	26,00	34,00	5,78	33,42	–0,05	–0,37
Witalność	31,08	31,00	19,00	44,00	27,50	34,50	5,97	35,60	0,16	–0,29
Integracja tożsamości	31,03	30,50	22,00	41,00	29,00	34,00	4,16	17,29	0,00	0,03
Obronne wzmacnianie samooceny	49,80	49,00	34,00	69,00	43,50	56,00	8,28	68,57	0,16	–0,67
Implantowani, *N* ważnych = 58										
Ogólna samoocena	31,14	31,00	12,00	43,00	27,00	35,00	5,80	33,59	–0,73	1,34
Kompetencje	31,64	32,00	22,00	42,00	29,00	35,00	4,49	20,20	–0,07	–0,29
Bycie kochanym	34,55	34,00	25,00	49,00	30,00	38,00	5,65	31,97	0,41	–0,36
Popularność	32,53	33,00	22,00	43,00	30,00	36,00	4,84	23,45	–0,51	–0,14
Zdolności przywódcze	29,71	30,00	14,00	42,00	27,00	32,00	5,01	25,09	–0,25	1,14
Samokontrola	30,64	30,00	19,00	41,00	28,00	33,00	4,34	18,87	0,19	0,40
Samoakceptacja moralna	35,40	34,00	20,00	48,00	31,00	40,00	5,67	32,10	0,12	–0,05
Atrakcyjność fizyczna	31,41	31,50	17,00	43,00	29,00	36,00	5,69	32,35	–0,49	0,32
Witalność	32,17	33,00	18,00	47,00	28,00	37,00	6,34	40,18	–0,32	–0,05
Integracja tożsamości	30,74	31,00	18,00	41,00	28,00	33,00	4,28	18,30	–0,50	1,24
Obronne wzmacnianie samooceny	49,55	49,00	34,00	63,00	46,00	53,00	6,01	36,08	0,05	0,12
Brak, *N* ważnych = 64										
Ogólna samoocena	31,13	31,00	18,00	49,00	27,00	34,00	6,32	39,95	0,35	0,54
Kompetencje	31,81	31,00	22,00	45,00	27,50	34,50	5,84	34,06	0,54	–0,26
Bycie kochanym	33,30	31,50	21,00	50,00	29,00	37,50	6,99	48,85	0,84	0,00
Popularność	32,00	31,00	18,00	48,00	28,00	36,00	6,60	43,56	0,43	0,54
Zdolności przywódcze	30,05	30,00	18,00	46,00	26,00	33,50	5,74	32,90	0,35	0,23
Samokontrola	30,97	31,00	20,00	45,00	27,00	34,50	5,56	30,95	0,30	–0,07
Samoakceptacja moralna	35,28	34,00	24,00	48,00	30,50	39,50	6,51	42,43	0,50	–0,82
Atrakcyjność fizyczna	30,86	30,00	18,00	47,00	27,00	34,00	6,20	38,47	0,45	0,32
Witalność	32,20	31,50	19,00	48,00	28,00	36,00	6,22	38,70	0,45	0,12
Integracja tożsamości	31,66	31,00	23,00	49,00	29,00	35,00	5,44	29,59	0,77	0,86
Obronne wzmacnianie samooceny	49,41	49,00	28,00	67,00	43,50	55,00	8,20	67,17	0,02	–0,27

OS – ogólna samoocena; K – kompetencje; BK – bycie kochanym; P – popularność; ZP – zdolności przywódcze; S – samokontrola; SM – samoakceptacja moralna; AF – atrakcyjność fizyczna; W – witalność; IT – integracja tożsamości; OWS – obronne wzmacnianie samooceny

Wykres 78. Zestawienie wyników surowych dla samooceny i jej komponentów w podziale według zmiennej sposób protezowania.



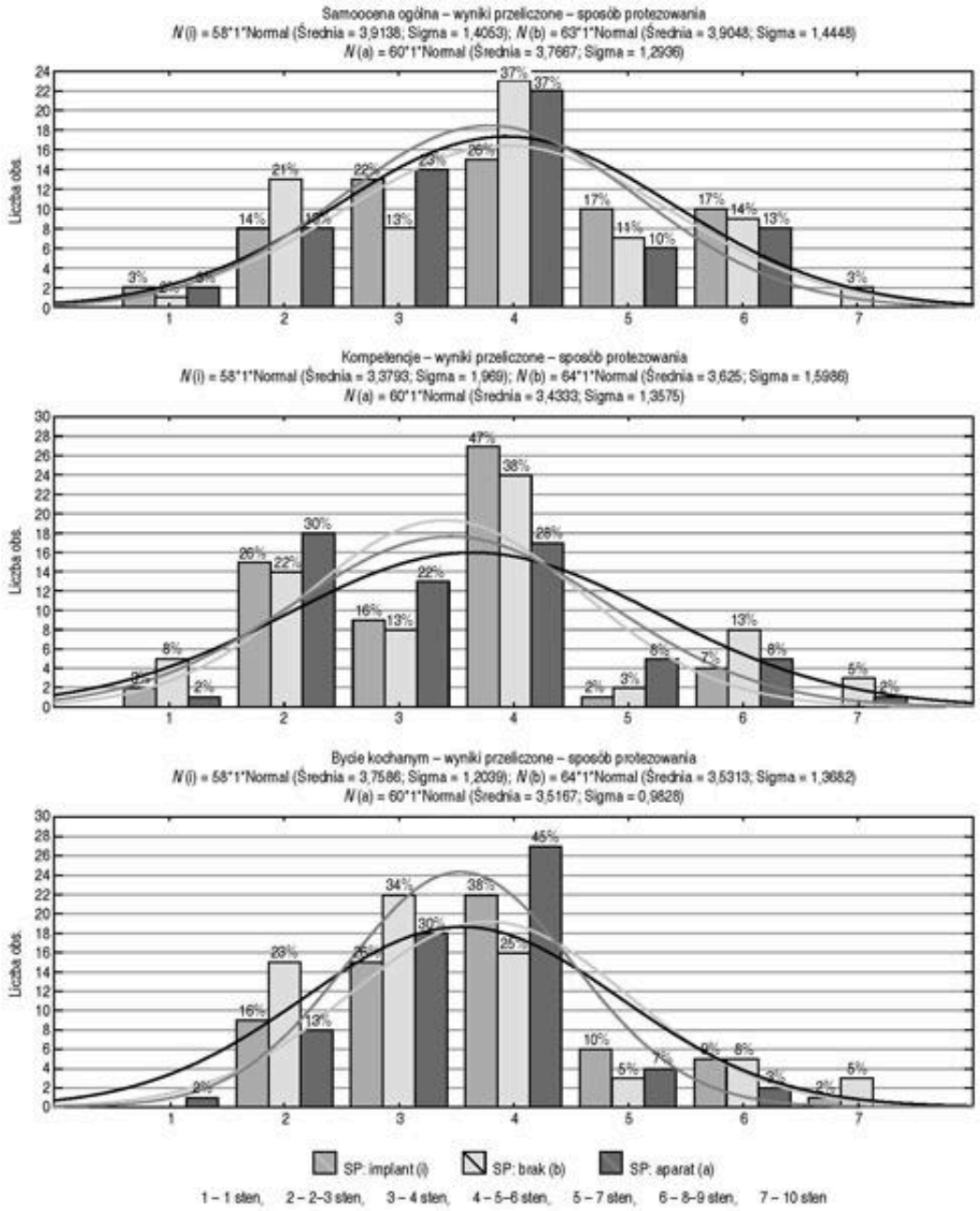
Analizując rozkłady wyników przeliczonych dla obszaru ogólna samoocena, stwierdza się, iż w wynikach osób implantowanych

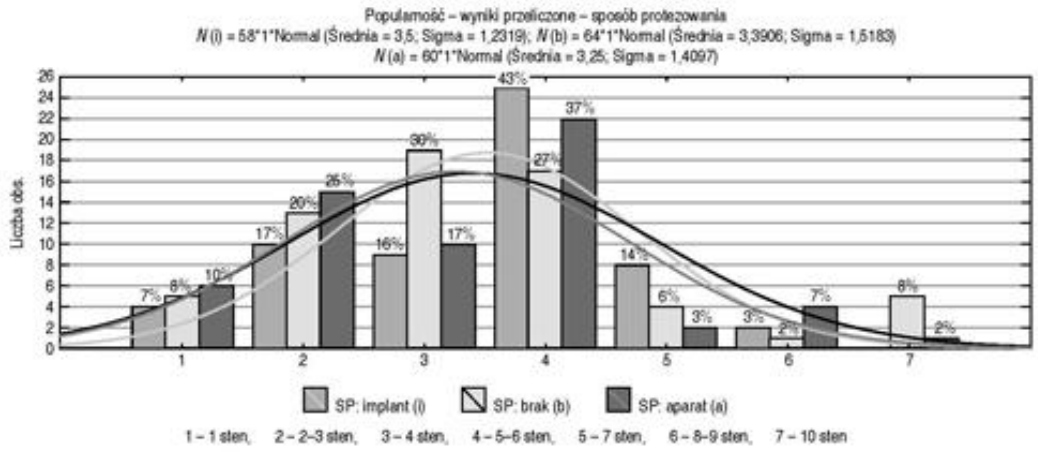
dominują te z przedziału poniżej przeciętnych (39%), nieco mniej wyników należy do przedziału powyżej przeciętnych (34%), a 26% – do przeciętnych. Stwierdza się zatem tendencję do niewielkiego przesunięcia wyników w stronę wartości niskich. Wśród osób niekorzystających z protez słuchowych istnieje względna równowaga wyników poniżej przeciętnych i przeciętnych (odpowiednio 36% i 37%), odnotowuje się 28% wyników powyżej przeciętnych. Wśród osób z aparatami 39% uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, 37% – wyniki przeciętne, a 23% – powyżej przeciętnych, co również oznacza przesunięcie wyników w stronę wartości niskich.

W zakresie kompetencji wśród użytkowników implantów ślimakowych dominują wyniki przeciętne (47%), jednak 45% uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, a jedynie 9% – wyniki powyżej przeciętnych. Zaznacza to tendencję do obniżonych wartości samooceny w tym zakresie. Wśród osób niekorzystających z protez słuchowych 43% respondentów uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, 38% – przeciętne, a 21% – powyżej przeciętnych. W grupie aparatowanych 54% wyników należy do przedziału poniżej przeciętnych, 28% – do przeciętnych, a 18% – do przedziału powyżej przeciętnych. Podobne rozkłady danych obserwuje się dla wyników w obszarze bycie kochanym. Wśród osób implantowanych dominują wyniki z przedziału poniżej przeciętnych (42%) i przeciętnych (38%), przy 21% wyników powyżej przeciętnych. W grupie osób niekorzystających z protez 57% uzyskuje wyniki od bardzo niskich po obniżone (gdzie 34% to wartości z przedziału 3–4 sten), 25% badanych – wyniki przeciętne, a 18% – wyniki z przedziału powyżej przeciętnych. Wśród osób aparatowanych notuje się równowagę (45%) wyników poniżej przeciętnych i przeciętnych, przy 10% wyników powyżej przeciętnych. W obszarze popularność zauważa się podobne rozkłady danych. W próbie osób implantowanych dominują wyniki przeciętne (43%), jednak istnieje znaczna przewaga odsetka wyników poniżej przeciętnych (40%) nad wynikami powyżej przeciętnych (17%). Wśród osób niekorzystających ze sprzętów wspomagających słyszenie

wyników poniżej przeciętnych notuje się 58%, przeciętnych – 27%, a powyżej przeciętnych – 16%. Dla osób aparatowanych rozkład danych również pokazuje dominację wartości z zakresu od bardzo niskich po obniżone (52%), przy 37-procentowym udziale wyników przeciętnych i 12-procentowym wyników powyżej przeciętnych (wykres 79).

Wykres 79. Zestawienie wyników przeliczonych dla samooceny ogólnej oraz komponentów: kompetencje, bycie kochanym, popularność, w podziale według zmiennej sposób protezowania.


Samoocena ogólna – wyniki przeliczone – sposób protezowania
N (i) = 58*1*Normal (Średnia = 3,9138; Sigma = 1,4053); N (b) = 63*1*Normal (Średnia = 3,9048; Sigma = 1,4448)
N (a) = 60*1*Normal (Średnia = 3,7667; Sigma = 1,2936)
Liczba obs.
Kompetencje – wyniki przeliczone – sposób protezowania
N (i) = 58*1*Normal (Średnia = 3,3793; Sigma = 1,969); N (b) = 64*1*Normal (Średnia = 3,625; Sigma = 1,5986)
N (a) = 60*1*Normal (Średnia = 3,4333; Sigma = 1,3575)
Liczba obs.
Bycie kochanym – wyniki przeliczone – sposób protezowania
N (i) = 58*1*Normal (Średnia = 3,7586; Sigma = 1,2039); N (b) = 64*1*Normal (Średnia = 3,5313; Sigma = 1,3682)
N (a) = 60*1*Normal (Średnia = 3,5167; Sigma = 0,9828)
Liczba obs.
SP: implant (i)
SP: brak (b)
SP: aparat (a)
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten


Popularność – wyniki przeliczone – sposób protezowania
N (i) = 58*1*Normal (Średnia = 3,5; Sigma = 1,2319); N (b) = 64*1*Normal (Średnia = 3,3906; Sigma = 1,5183)
N (a) = 60*1*Normal (Średnia = 3,25; Sigma = 1,4097)
Liczba obs.
SP: implant (i)
SP: brak (b)
SP: aparat (a)
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

W obszarze zdolności przywódcze w próbie osób implantowanych dominują wyniki poniżej przeciętnych (46%), przy 36-procentowym udziale wyników przeciętnych oraz 17-procentowym wyników powyżej przeciętnych. Wśród osób niekorzystających z protez słuchowych 40% uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, 36% – przeciętne, a 25% – powyżej przeciętnych. Wśród osób aparatowanych 43% badanych uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, 30% – przeciętne, a 27% – powyżej przeciętnych.

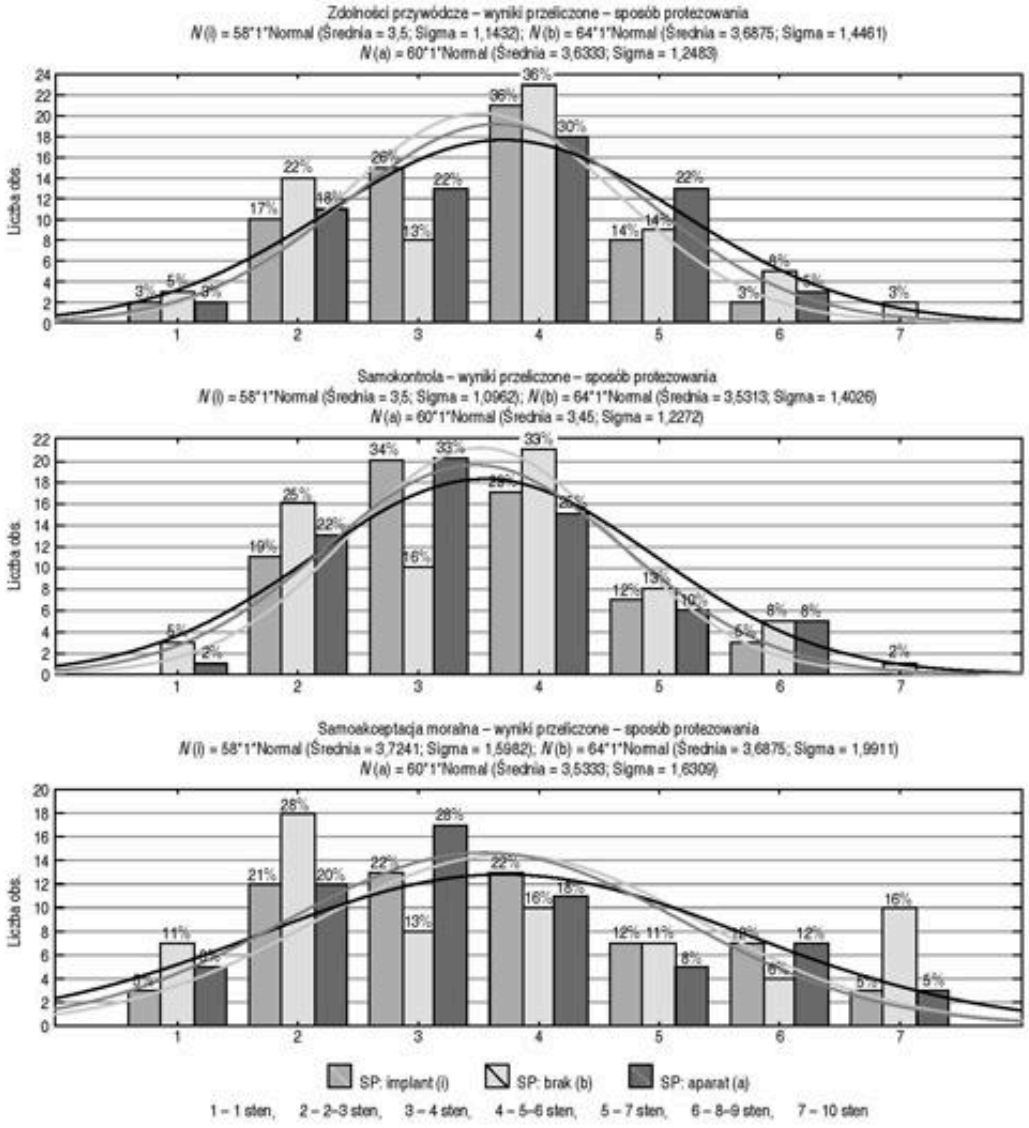
W przypadku samokontroli we wszystkich grupach zauważa się mocną dominację wyników z przedziału niższych. W grupie implantowanych 53% badanych uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, w próbie niekorzystających z protez słuchowych odsetek ten wynosi 46%, a w próbie aparatowanych – 57%. Wyników z przedziału przeciętnych wśród implantowanych notuje się 29%, w grupie niekorzystających z protez – 33%, a w grupie aparatowanych – 25%. Wyniki powyżej przeciętnych w próbie implantowanych uzyskuje 17% badanych, wśród niekorzystających z protez odsetek ten wynosi 23%, a wśród aparatowanych – 18%.

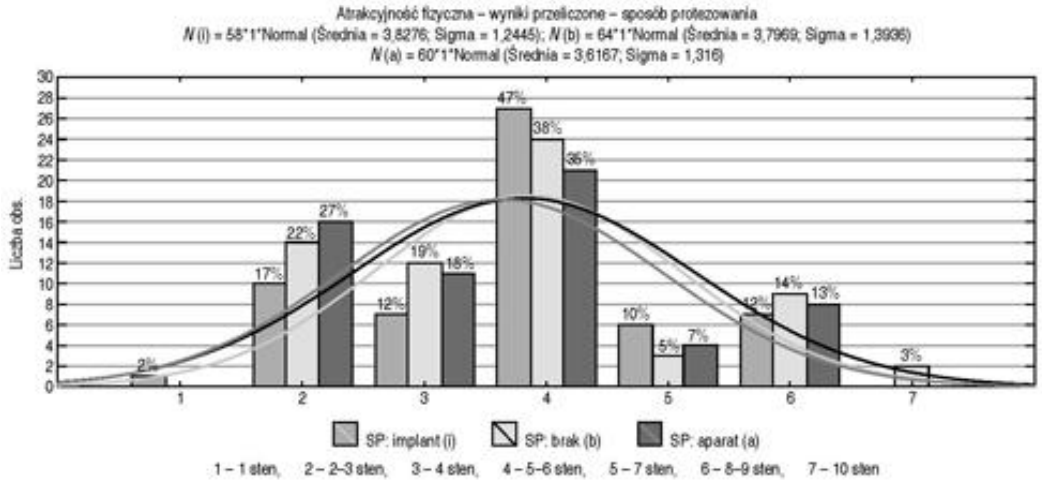
Analizując rozkłady danych w obszarze samoakceptacja moralna, notuje się w próbie osób z implantami dominację wyników poniżej przeciętnych (48%), przy 22% wyników przeciętnych oraz 29% wyników powyżej przeciętnych. Wśród

osób niekorzystających z protez słuchowych również dominują wyniki poniżej przeciętnych (52%), przy 16% przeciętnych oraz 35% wyników powyżej przeciętnych. W próbie osób aparatowanych 61% respondentów uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, 18% – przeciętne, a 25% – wyniki powyżej przeciętnych.

W obszarze atrakcyjność fizyczna wśród implantowanych notuje się przewagę wyników przeciętnych (47%), 32% to wyniki poniżej przeciętnych, a 22% badanych uzyskuje wyniki powyżej przeciętnych. Wśród osób niekorzystających z protez słuchowych rozkład danych sugeruje dominację wyników poniżej przeciętnych (41%), przy 38% wyników przeciętnych i 21% wyników powyżej przeciętnych. W grupie osób z aparatami notuje się dominację wyników poniżej przeciętnych (45%), przy 35% wyników przeciętnych oraz 20% wyników powyżej przeciętnych (wykres 80).

Wykres 80. Zestawienie wyników przeliczonych dla komponentów: zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna, atrakcyjność fizyczna, w podziale według zmiennej sposób protezowania.

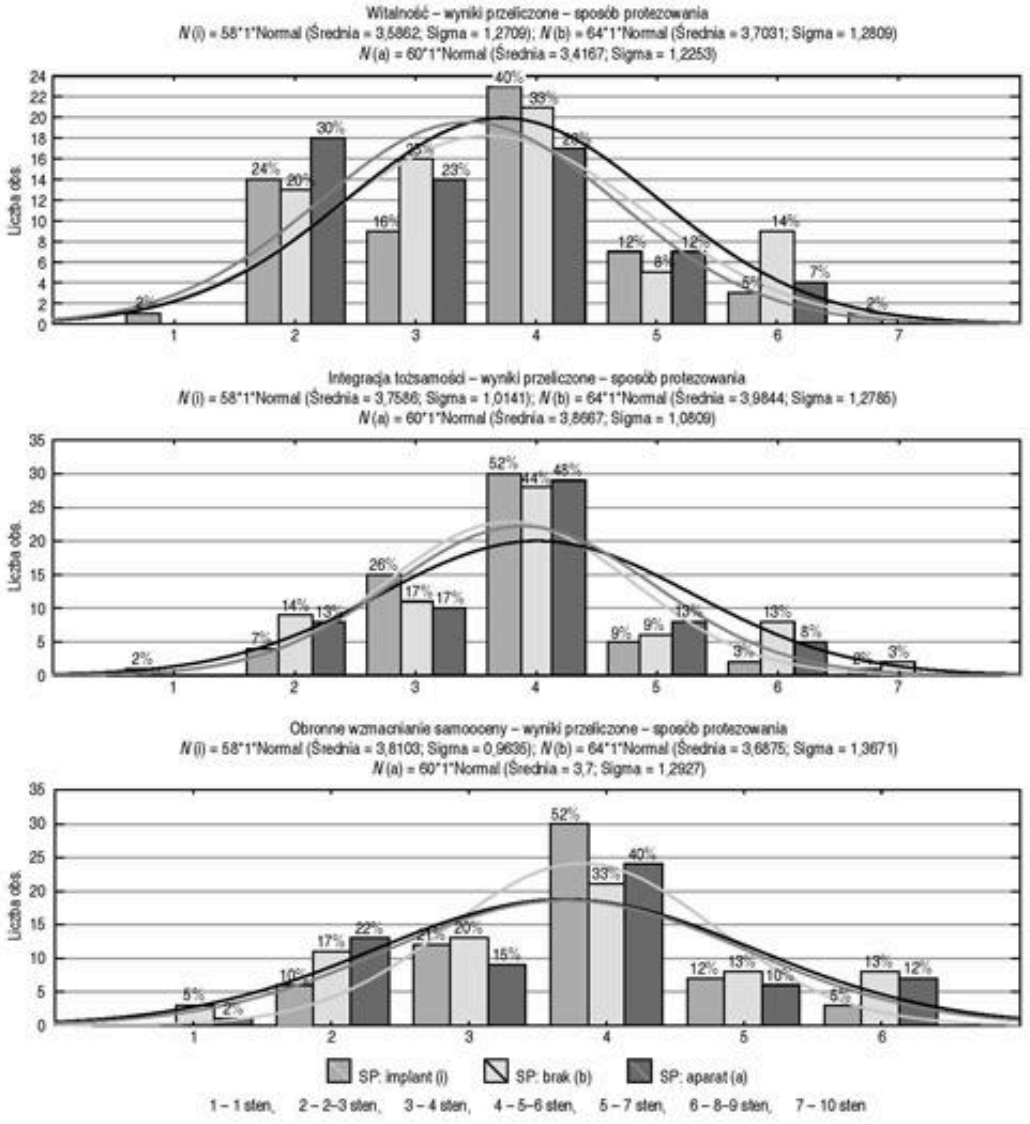

Zdolności przywódcze – wyniki przeliczone – sposób protezowania
N (i) = 58*1*Normal (Średnia = 3,5; Sigma = 1,1432); N (b) = 64*1*Normal (Średnia = 3,6875; Sigma = 1,4461)
N (a) = 60*1*Normal (Średnia = 3,6333; Sigma = 1,2483)
Liczba obs.
Samokontrola – wyniki przeliczone – sposób protezowania
N (i) = 58*1*Normal (Średnia = 3,5; Sigma = 1,0962); N (b) = 64*1*Normal (Średnia = 3,5313; Sigma = 1,4026)
N (a) = 60*1*Normal (Średnia = 3,45; Sigma = 1,2272)
Liczba obs.
Samoakceptacja moralna – wyniki przeliczone – sposób protezowania
N (i) = 58*1*Normal (Średnia = 3,7241; Sigma = 1,5982); N (b) = 64*1*Normal (Średnia = 3,6875; Sigma = 1,9911)
N (a) = 60*1*Normal (Średnia = 3,5333; Sigma = 1,6309)
Liczba obs.
SP: implant (i)
SP: brak (b)
SP: aparat (a)
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten



Biorąc pod uwagę obszar samooceny witalność, zauważa się, iż w próbie osób implantowanych dominują wyniki z przedziału poniżej przeciętnych (42%), przy 40-procentowym udziale wyników przeciętnych oraz 19-procentowym wyników powyżej przeciętnych. Wśród osób niekorzystających z protez słuchowych również dominują wyniki od bardzo niskich po obniżone (45%), przy 33% wyników przeciętnych oraz 22% wyników powyżej przeciętnych. W grupie badanych z aparatami także dostrzega się przesunięcie wyników w stronę wartości niskich: 53% respondentów uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, 28% – przeciętne, a 19% – powyżej przeciętnych. W obszarze integracja tożsamości we wszystkich grupach dominują wyniki przeciętne. Odsetek osób implantowanych uzyskujących taki wynik wynosi 52%, niekorzystających z protez – 44%, a aparatowanych – 48%. Wyniki poniżej przeciętnych uzyskuje 35% implantowanych, 31% niekorzystających z protez oraz 30% aparatowanych. Wyniki powyżej przeciętnych ma 14% implantowanych, 25% niekorzystających z protez oraz 21% aparatowanych. W obszarze obronne wzmacnianie samooceny wśród osób implantowanych dominują wyniki przeciętne (52%), przy 31-procentowym udziale wyników poniżej przeciętnych i 17-procentowym wyników powyżej przeciętnych. W próbie osób nieprotezowanych notuje się 42% wyników poniżej przeciętnych, 33% przeciętnych oraz 26% wyników powyżej przeciętnych. Podobny rozkład prezentuje się w

grupie osób aparatowanych: 39% osób uzyskuje wynik z zakresu od bardzo niskiego po obniżony, 40% – przeciętny, a 22% – powyżej przeciętnych (wykres 81).

Wykres 81. Zestawienie wyników przeliczonych dla komponentów: witalność, integracja tożsamości i obronne wzmacnianie samooceny, w podziale według zmiennej sposób protezowania.


Witalność – wyniki przeliczone – sposób protezowania
N (i) = 58*1*Normal (Średnia = 3,5862; Sigma = 1,2709); N (b) = 64*1*Normal (Średnia = 3,7031; Sigma = 1,2809)
N (a) = 60*1*Normal (Średnia = 3,4167; Sigma = 1,2253)
Liczba obs.
Integracja tożsamości – wyniki przeliczone – sposób protezowania
N (i) = 58*1*Normal (Średnia = 3,7586; Sigma = 1,0141); N (b) = 64*1*Normal (Średnia = 3,9844; Sigma = 1,2785)
N (a) = 60*1*Normal (Średnia = 3,8667; Sigma = 1,0809)
Liczba obs.
Obronne wzmacnianie samooceny – wyniki przeliczone – sposób protezowania
N (i) = 58*1*Normal (Średnia = 3,8103; Sigma = 0,9635); N (b) = 64*1*Normal (Średnia = 3,6875; Sigma = 1,3671)
N (a) = 60*1*Normal (Średnia = 3,7; Sigma = 1,2927)
Liczba obs.
SP: implant (i)
SP: brak (b)
SP: aparat (a)
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

Rozpatrując kwestię związku zmiennej sposób protezowania z ogólną samooceną i jej obszarami, przeprowadzono analizę wariancji (parametryczna ANOVA jednoczynnikowa). Wynik testu

Lambda Wilksa = 0,94, $F(22, 338) = 0,50$, $p = 0,972$ wskazuje, iż zmienna nie różnicuje wyników prób osób implantowanych, aparatowanych oraz niekorzystających z protez. Analizy *post hoc* testem Tukeya dla różnych *N* nie ujawniły istotnych różnic międzygrupowych.

7.7. Wyniki badań w podziale według zmiennej głębokość niedosłuchu

Analizując surowe wyniki badań nad samooceną i jej obszarami w podziale według zmiennej głębokość niedosłuchu, zauważa się, iż dla ogólnej samooceny można stwierdzić porównywalny poziom średnich i median w grupach z lekkim, umiarkowanym i znacznym niedosłuchem, przy nieco wyższym poziomie średniej w grupie osób z uszkodzeniem słuchu w stopniu głębokim. W przypadku kompetencji nieco wyższy poziom średnich notuje się w grupie osób z lekkim niedosłuchem, w pozostałych średnie i mediany pozostają na relatywnie podobnym poziomie. W zakresie bycia kochanym nieznacznie niższy od pozostałych grup poziom średniej i mediany osiągają osoby z niedosłuchem umiarkowanym. W obszarze popularność również notuje się niewielkie różnice pomiędzy średnimi i medianami grup. Nieco wyższy poziom osiągają tu osoby z lekkim i głębokim niedosłuchem niż z umiarkowanym i znacznym. W obszarze zdolności przywódcze wśród osób z lekkim niedosłuchem notuje się nieco wyższy poziom średniej i mediany niż w pozostałych grupach (w pozostałych wyniki są relatywnie równe). W obszarze samokontrola średnie i mediany grup są na bardzo podobnym poziomie, nieco niższe wyniki osiągają jedynie respondenci z głębokim niedosłuchem. Nieznacznie niższe rezultaty niż pozostałe grupy mają badani z głębokim niedosłuchem, wyższe natomiast – z lekkim. Respondenci z niedosłuchem umiarkowanym i znacznym uzyskują podobny poziom średnich i median. W obszarze samoakceptacja moralna zaznaczają się różnice w poziomie średnich i median. Najwyższe wartości osiągają osoby z lekkim niedosłuchem, kolejno ze znacznym i umiarkowanym, najniższe – z głębokim. Osoby z głębokim niedosłuchem uzyskują najwyższe

wartości średniej i mediany w obszarze atrakcyjność fizyczna, pozostałe średnie i mediany grup są podobne, przy zaznaczeniu nieco wyższej mediany grupy osób z lekkim niedosłuchem. W zakresie witalności najniższe wyniki obserwuje się wśród badanych ze znacznym stopniem niedosłuchu, nieco wyższe od wyników średnich i median osób z lekkim i umiarkowanym niedosłuchem w próbie z głębokim uszkodzeniem słuchu. Dla obszaru integracja tożsamości wyniki średnich równoważone są wynikami median i relatywnie porównywalne w grupach. W przypadku obronnego wzmacniania samooceny w próbie osób z lekkim niedosłuchem obserwuje się nieco wyższy poziom średniej i mediany niż w pozostałych grupach.

Biorąc pod uwagę rozproszenie wyników badań, zakres wartości nieodstających, odchyleń ćwiartkowych, wariancji i odchyleń standardowych, największą zmienność dla osób z lekkim niedosłuchem stwierdza się w obszarze bycie kochanym, najmniejszą – w obszarze integracja tożsamości. Dla osób z umiarkowanym stopniem niedosłuchu największy rozrzut wyników notuje się dla witalności, najmniejszy – dla zdolności przywódczych. W grupie osób z umiarkowanym niedosłuchem największy rozrzut wyników dotyczy witalności, najmniejszy – kompetencji, a wśród wyników w próbie z głębokim niedosłuchem największy rozrzut wyników zauważa się dla obszaru witalność, a najmniejszy dla obszaru samokontrola. Na podstawie wartości skośności i kurtozy stwierdza się, iż zbiory danych wszystkich podgrup zbliżają się do normalnego rozkładu (tabela 100, wykres 82).

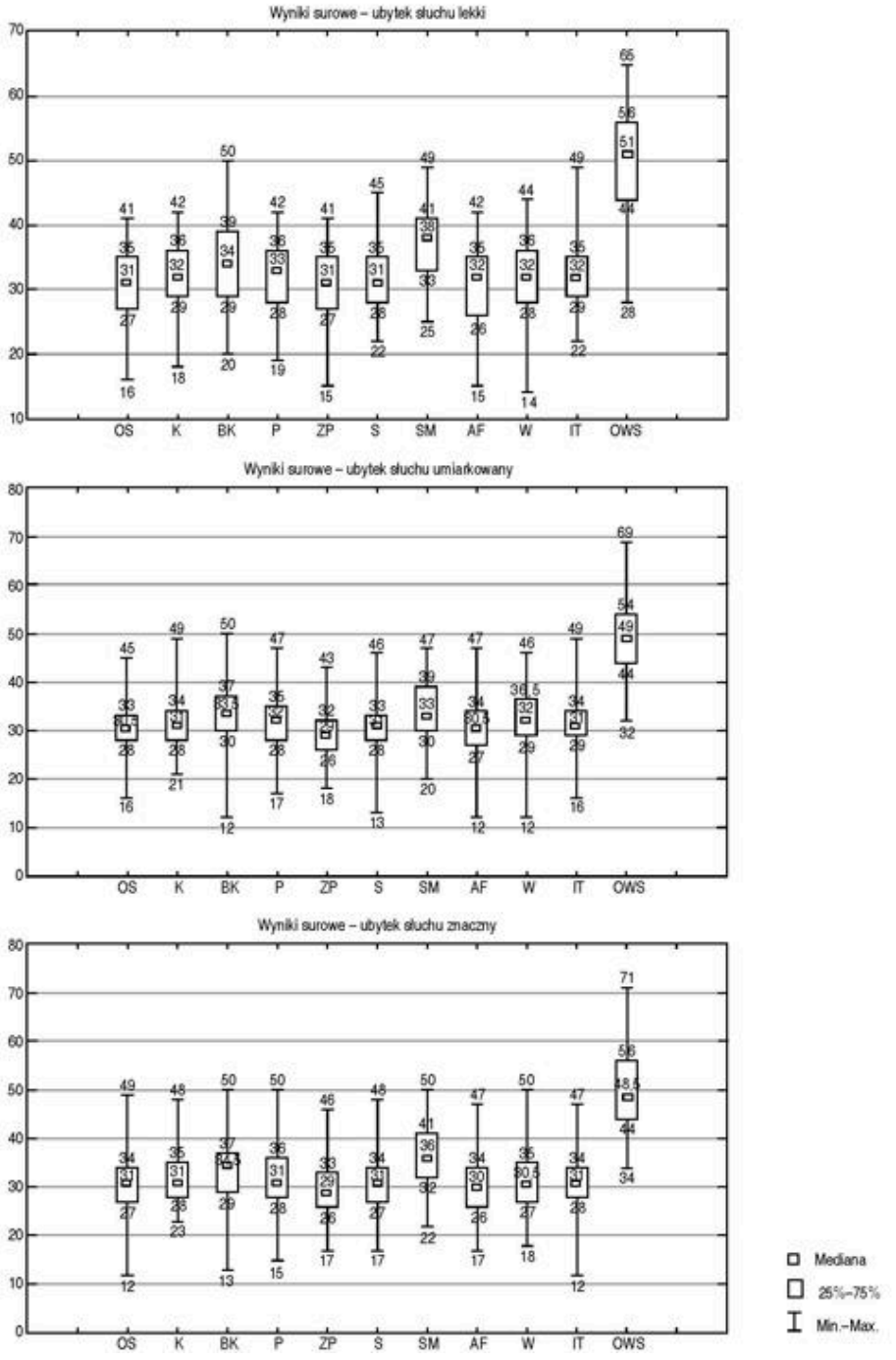
Tabela 100 Wyniki surowe dla samooceny i jej komponentów w podziale według zmiennej głębokość niedosłuchu

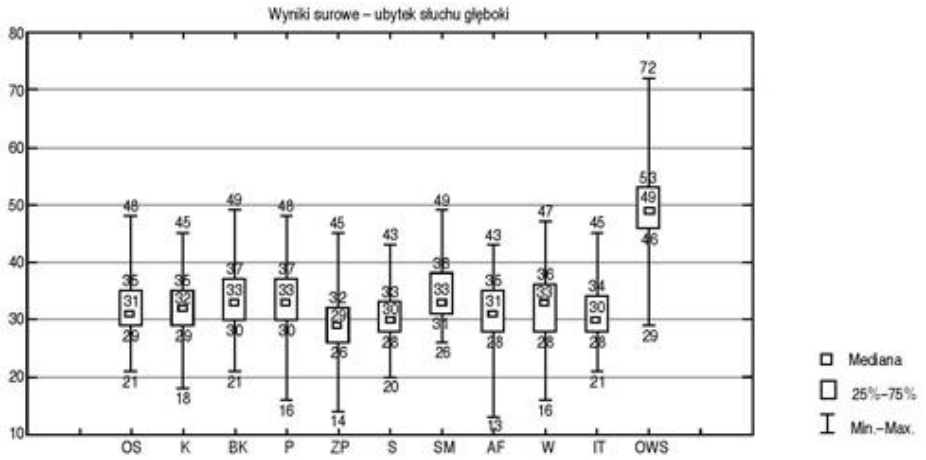
Samoocena	*M*	*Me*	Min.	Max.	_25%	_75%	*SD*	SD^2	*SKE*	*K*
Ubytek lekki, *N* ważnych = 74										
Ogólna samoocena	30,45	31,00	16,00	41,00	27,00	35,00	5,98	35,81	–0,51	–0,24
Kompetencje	32,14	32,00	18,00	42,00	29,00	36,00	5,37	28,89	–0,18	–0,43
Bycie kochanym	34,36	34,00	20,00	50,00	29,00	39,00	6,85	46,92	0,30	–0,43
Popularność	32,11	33,00	19,00	42,00	28,00	36,00	5,23	27,30	–0,49	–0,28
Zdolności przywódcze	30,49	31,00	15,00	41,00	27,00	35,00	5,69	32,36	–0,25	–0,13
Samokontrola	31,35	31,00	22,00	45,00	28,00	35,00	4,87	23,74	0,25	–0,30
Samoakceptacja moralna	37,24	38,00	25,00	49,00	33,00	41,00	5,49	30,10	–0,01	–0,71
Atrakcyjność fizyczna	30,39	32,00	15,00	42,00	26,00	35,00	5,95	35,36	–0,54	–0,22
Witalność	32,03	32,00	14,00	44,00	28,00	36,00	6,13	37,56	–0,29	0,01
Integracja tożsamości	31,73	32,00	22,00	49,00	29,00	35,00	4,81	23,10	0,53	1,68
Obronne wzmacnianie samooceny	50,32	51,00	28,00	65,00	44,00	56,00	8,03	64,41	–0,37	–0,23
Ubytek umiarkowany, *N* ważnych = 92										
Ogólna samoocena	30,73	30,50	16,00	45,00	28,00	33,00	5,74	32,95	0,03	0,81
Kompetencje	31,61	31,00	21,00	49,00	28,00	34,00	5,02	25,23	0,72	1,23
Bycie kochanym	33,39	33,50	12,00	50,00	30,00	37,00	6,05	36,64	–0,30	2,11
Popularność	31,79	32,00	17,00	47,00	28,00	35,00	5,68	32,21	0,05	0,35
Zdolności przywódcze	29,17	29,00	18,00	43,00	26,00	32,00	4,93	24,34	0,29	0,36
Samokontrola	30,59	31,00	13,00	46,00	28,00	33,00	5,32	28,33	–0,09	1,49
Samoakceptacja moralna	34,16	33,00	20,00	47,00	30,00	39,00	6,03	36,38	0,31	–0,21
Atrakcyjność fizyczna	30,59	30,50	12,00	47,00	27,00	34,00	6,01	36,18	–0,29	1,05
Witalność	31,82	32,00	12,00	46,00	29,00	36,50	6,75	45,56	–0,53	0,41
Integracja tożsamości	31,24	31,00	16,00	49,00	29,00	34,00	5,30	28,12	0,34	1,41
Obronne wzmacnianie samooceny	49,32	49,00	32,00	69,00	44,00	54,00	7,07	49,95	0,20	0,17

Ubytek znaczny, *N* ważnych = 70										
Ogólna samoocena	30,40	31,00	12,00	49,00	27,00	34,00	6,35	40,30	0,04	1,48
Kompetencje	31,77	31,00	23,00	48,00	28,00	35,00	5,27	27,77	0,72	0,23
Bycie kochanym	34,16	34,50	13,00	50,00	29,00	37,00	6,99	48,83	–0,09	0,28
Popularność	31,94	31,00	15,00	50,00	28,00	36,00	6,79	46,14	0,26	0,74
Zdolności przywódcze	29,47	29,00	17,00	46,00	26,00	33,00	5,71	32,57	0,24	0,18
Samokontrola	30,67	31,00	17,00	48,00	27,00	34,00	5,64	31,85	0,19	0,57
Samoakceptacja moralna	36,36	36,00	22,00	50,00	32,00	41,00	6,08	36,93	0,07	–0,59
Atrakcyjność fizyczna	30,56	30,00	17,00	47,00	26,00	34,00	6,43	41,32	0,19	–0,17
Witalność	31,01	30,50	18,00	50,00	27,00	35,00	6,89	47,46	0,44	0,17
Integracja tożsamości	30,70	31,00	12,00	47,00	28,00	34,00	5,76	33,20	–0,31	1,37
Obronne wzmacnianie samooceny	49,96	48,50	34,00	71,00	44,00	56,00	7,92	62,68	0,39	–0,05
Ubytek głęboki, *N* ważnych = 79										
Ogólna samoocena	31,70	31,00	21,00	48,00	29,00	35,00	4,96	24,60	0,38	0,64
Kompetencje	31,94	32,00	18,00	45,00	29,00	35,00	5,46	29,80	0,19	0,06
Bycie kochanym	34,23	33,00	21,00	49,00	30,00	37,00	5,65	31,92	0,72	0,65
Popularność	32,91	33,00	16,00	48,00	30,00	37,00	5,20	27,06	–0,26	1,12
Zdolności przywódcze	29,30	29,00	14,00	45,00	26,00	32,00	5,21	27,19	0,35	1,40
Samokontrola	30,25	30,00	20,00	43,00	28,00	33,00	4,63	21,42	0,13	0,49
Samoakceptacja moralna	34,84	33,00	26,00	49,00	31,00	38,00	5,08	25,81	0,98	0,42
Atrakcyjność fizyczna	31,67	31,00	13,00	43,00	28,00	35,00	5,51	30,40	–0,27	0,92
Witalność	32,46	33,00	16,00	47,00	28,00	36,00	5,90	34,87	–0,28	0,41
Integracja tożsamości	31,24	30,00	21,00	45,00	28,00	34,00	4,66	21,67	0,54	0,56
Obronne wzmacnianie samooceny	49,52	49,00	29,00	72,00	46,00	53,00	7,11	50,53	0,33	1,73

OS – ogólna samoocena; K – kompetencje; BK – bycie kochanym; P – popularność; ZP – zdolności przywódcze; S –samokontrola; SM – samoakceptacja moralna; AF – atrakcyjność fizyczna; W – witalność; IT – integracja tożsamości; OWS – obronne wzmacnianie samooceny

Wykres 82. Zestawienie wyników surowych dla samooceny i jej komponentów w podziale według zmiennej głębokość niedosłuchu.





Analizując rozkłady danych przeliczonych dla ogólnej samooceny w podziale według zmiennej głębokość niedosłuchu, stwierdza się, iż wśród osób z lekkim niedosłuchem przeważają wyniki poniżej przeciętnych (41%), przy 23% wyników przeciętnych i 36% wyników powyżej przeciętnych. W grupie osób z umiarkowanym niedosłuchem dominują wyniki przeciętne (48%), poniżej przeciętnych notuje się tu 28%, a powyżej przeciętnych – 23%. Wśród respondentów ze znacznym stopniem uszkodzenia słuchu 41% uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, 28% – przeciętne, a 25% – powyżej przeciętnych. W wynikach osób z głębokim stopniem niedosłuchu notuje się 35% wyników poniżej przeciętnych, przy 29% wyników przeciętnych i 35% wyników powyżej przeciętnych.

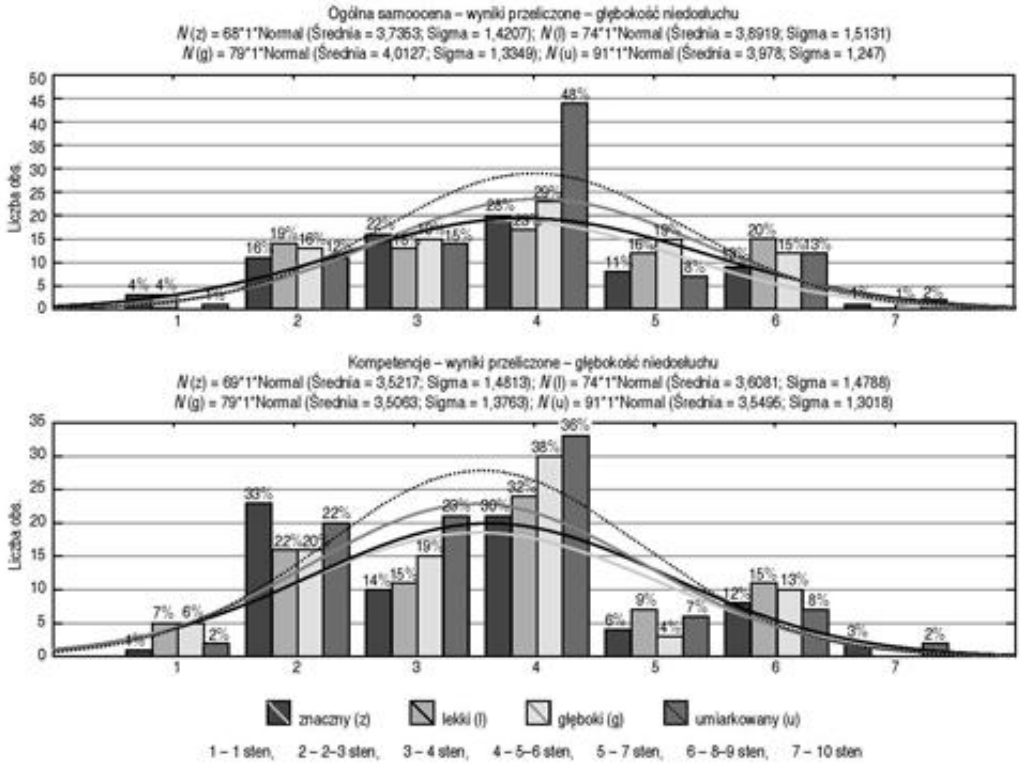
Analiza rozkładów wyników przeliczonych dla obszaru kompetencje wykazuje, iż dla osób z lekkim niedosłuchem dominują tu wyniki poniżej przeciętnych (44%), przy 32% wyników przeciętnych oraz 24% wyników powyżej przeciętnych. W grupie osób z umiarkowanym uszkodzeniem słuchu dominują wyniki z przedziału poniżej przeciętnych (47%), przy 36% wyników przeciętnych i 17% wyników powyżej przeciętnych. W grupie osób ze znacznym niedosłuchem obserwuje się również przewagę wyników poniżej przeciętnych (48%), przy 30% wyników przeciętnych i 21% wyników powyżej przeciętnych. Wśród osób z głębokim niedosłuchem także dominują wyniki

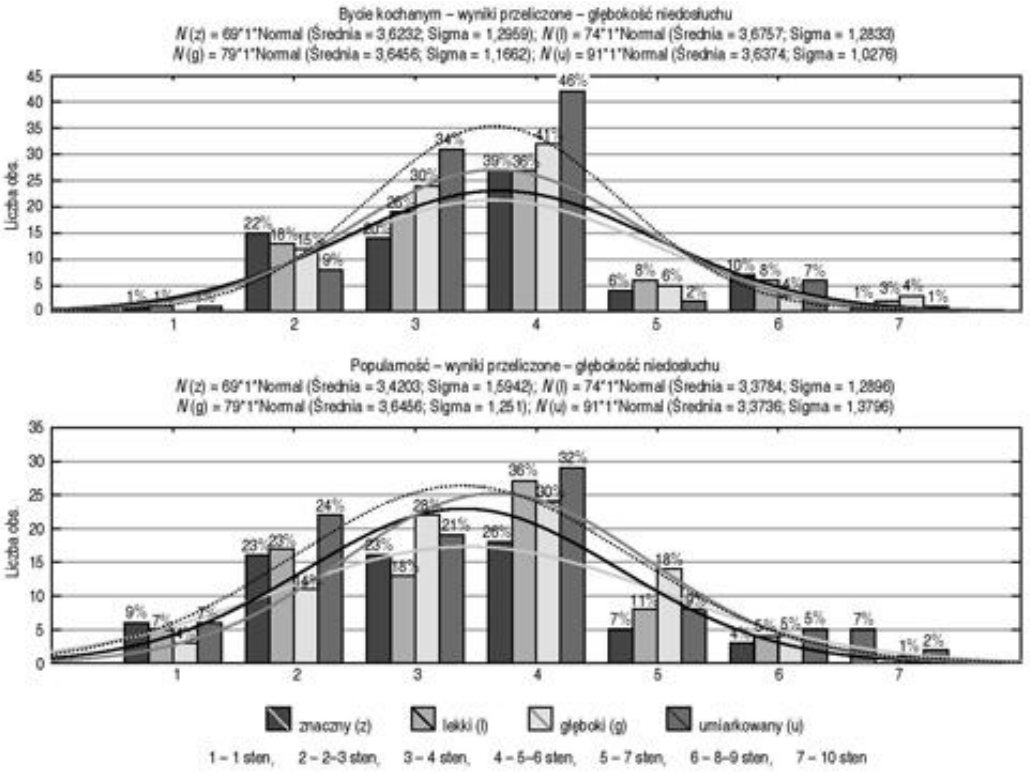
poniżej przeciętnych (45%), wyników przeciętnych notuje się 38%, a powyżej przeciętnych – zaledwie 17%.

W przypadku bycia kochanym w grupie z lekkim uszkodzeniem słuchu 45% respondentów uzyskuje wynik poniżej wyników przeciętnych, 36% – z zakresu przeciętnych, a 19% – powyżej przeciętnych. Wśród respondentów z umiarkowanym niedosłuchem dominują wyniki przeciętne (46%), ale ze względu na wyniki poniżej przeciętnych, których notuje się tu 44%, i 10-procentowy udział wyników powyżej przeciętnych rozkład zostaje przesunięty w stronę wartości niskich. Podobną dystrybucję danych przeliczonych obserwuje się w próbach osób ze znacznym i głębokim niedosłuchem. Wśród respondentów z uszkodzeniem w stopniu znacznym rozkład jest następujący: 43% wyników poniżej przeciętnych, 39% przeciętnych oraz 17% powyżej przeciętnych; wśród osób z głębokim niedosłuchem: 45% wyników poniżej przeciętnych, 41% przeciętnych i 14% powyżej przeciętnych.

W obszarze popularność obserwuje się rozkłady wyników bardzo zbliżone do rozkładów dla bycia kochanym. Wyniki przesuwają się w stronę wartości niskich. W próbie osób z lekkim uszkodzeniem słuchu poniżej przeciętnych wyniki uzyskuje 48% respondentów, przeciętne – 36%, powyżej przeciętnych – 16%. Wśród badanych z umiarkowanym niedosłuchem 52% uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, 32% – przeciętne, a 18% – powyżej przeciętnych. Rozkład danych grupy ze znacznym poziomem niedosłuchu to: 56% wyników poniżej przeciętnych, 26% przeciętnych i 18% powyżej przeciętnych. W próbie osób z głębokim niedosłuchem 46% to wyniki poniżej przeciętnych, 30% – przeciętne i 25% – powyżej przeciętnych (wykres 83).

Wykres 83. Zestawienie wyników przeliczonych dla samooceny ogólnej oraz komponentów: kompetencje, bycie kochanym, popularność, w podziale według zmiennej głębokość niedosłuchu.


Ogólna samoocena – wyniki przeliczone – głębokość niedosłuchu
N (z) = 68*1*Normal (Średnia = 3,7353; Sigma = 1,4207); N (l) = 74*1*Normal (Średnia = 3,8919; Sigma = 1,5131)
N (g) = 79*1*Normal (Średnia = 4,0127; Sigma = 1,3349); N (u) = 91*1*Normal (Średnia = 3,978; Sigma = 1,247)
Liczba obs.
Kompetencje – wyniki przeliczone – głębokość niedosłuchu
N (z) = 69*1*Normal (Średnia = 3,5217; Sigma = 1,4813); N (l) = 74*1*Normal (Średnia = 3,6081; Sigma = 1,4788)
N (g) = 79*1*Normal (Średnia = 3,5063; Sigma = 1,3763); N (u) = 91*1*Normal (Średnia = 3,5495; Sigma = 1,3018)
Liczba obs.
znaczny (z)
lekki (l)
głęboki (g)
umiarkowany (u)
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten


Bycie kochanym – wyniki przeliczone – głębokość niedosłuchu
N (z) = 69*1*Normal (Średnia = 3,6232; Sigma = 1,2959); N (l) = 74*1*Normal (Średnia = 3,6757; Sigma = 1,2833)
N (g) = 79*1*Normal (Średnia = 3,6456; Sigma = 1,1662); N (u) = 91*1*Normal (Średnia = 3,6374; Sigma = 1,0276)
Liczba obs.
Popularność – wyniki przeliczone – głębokość niedosłuchu
N (z) = 69*1*Normal (Średnia = 3,4203; Sigma = 1,5942); N (l) = 74*1*Normal (Średnia = 3,3784; Sigma = 1,2896)
N (g) = 79*1*Normal (Średnia = 3,6456; Sigma = 1,251); N (u) = 91*1*Normal (Średnia = 3,3736; Sigma = 1,3796)
Liczba obs.
znaczny (z)
lekki (l)
głęboki (g)
umiarkowany (u)
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

W obszarze zdolności przywódcze w próbie osób z lekkim niedosłuchem obserwuje się dominację wyników poniżej przeciętnych (39%), przy 35-procentowym udziale wyników przeciętnych i 26-procentowym udziale wyników powyżej przeciętnych. Wśród osób z umiarkowanym niedosłuchem notuje się 45% wyników poniżej przeciętnych, 39% przeciętnych i 18% powyżej przeciętnych. Rozkład danych przeliczonych dla próby ze znacznym stopniem niedosłuchu także przesunięty jest w stronę wartości niskich. Wyników z zakresu poniżej przeciętnych notuje się tu 53%, przeciętnych – 25%, a powyżej przeciętnych – 21%. Podobnie wygląda rozkład wyników wśród osób z głębokim niedosłuchem. Wyniki od bardzo niskich po obniżone uzyskuje tu 55% badanych, przeciętne – 32%, a powyżej przeciętnych – 14%.

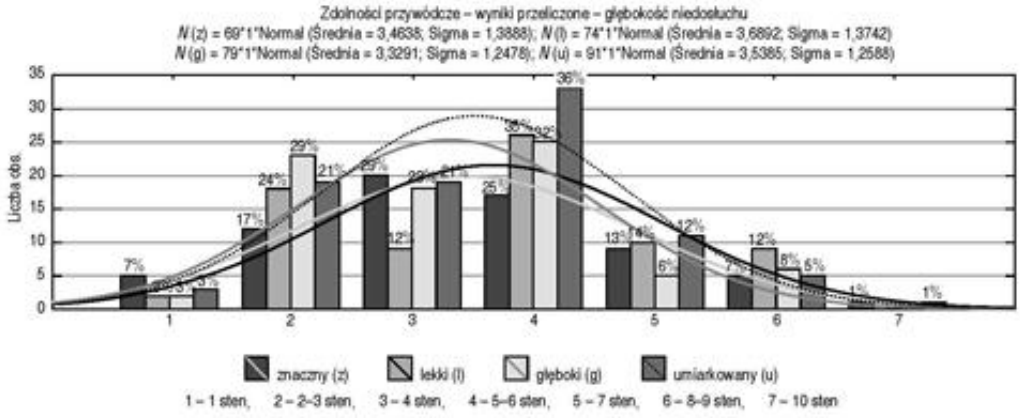
W kontekście samokontroli zauważa się również przesunięcie wyników w grupach w stronę wartości niskich. W próbie osób z lekkim uszkodzeniem słuchu 41% respondentów uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, 32% – przeciętne, a 25% – powyżej przeciętnych. Wśród osób z umiarkowanym stopniem niedosłuchu

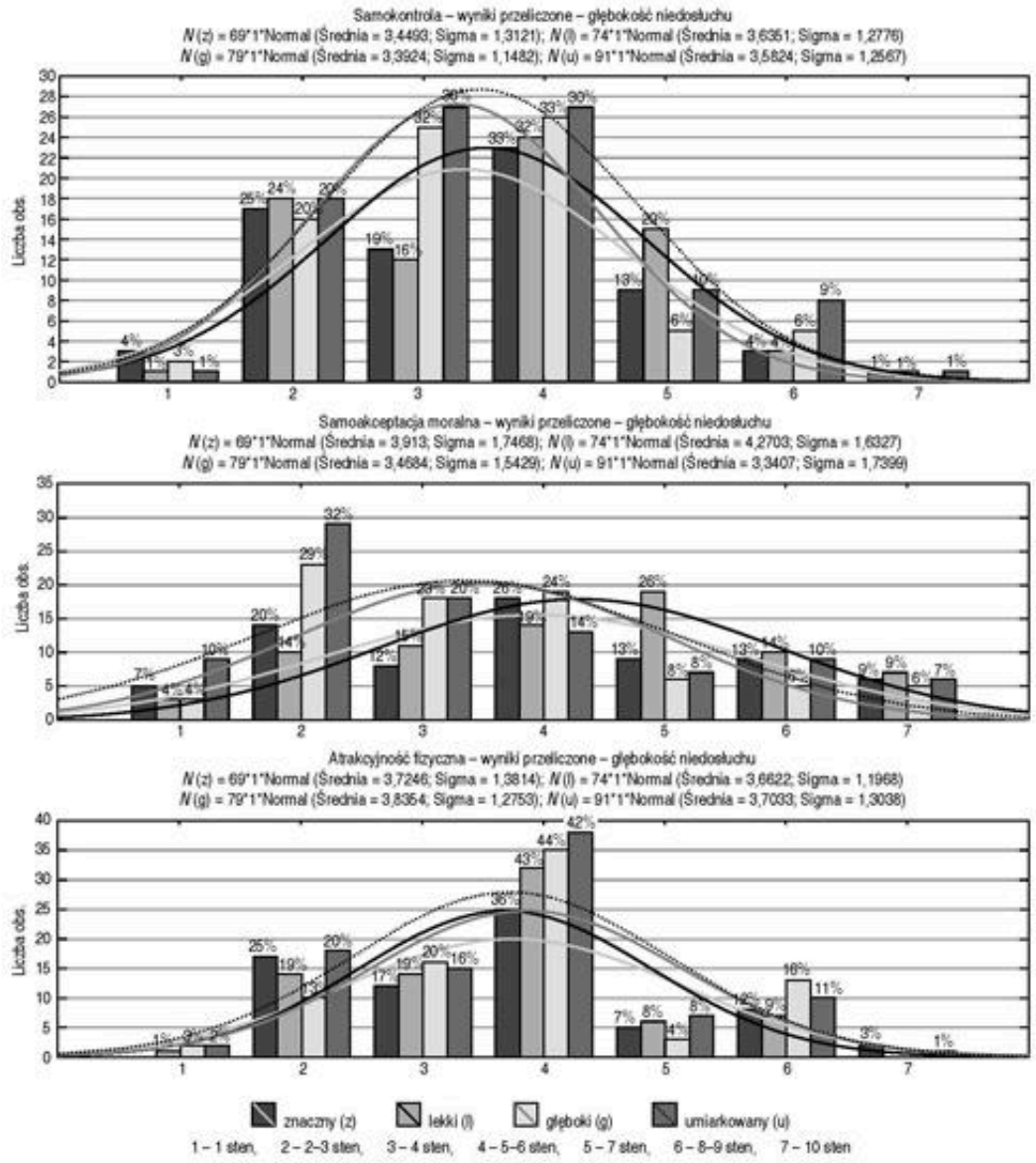
odsetek uzyskujących wyniki od bardzo niskich po obniżone wynosi 51%, przy 30% wyników przeciętnych i 20% poniżej przeciętnych. Wśród respondentów ze znacznym stopniem niedosłuchu 48% uzyskuje wyniki poniżej przeciętnych, 33% – przeciętne, a 18% – powyżej przeciętnych. W próbie z głębokim niedosłuchem rozkład danych jest następujący: 55% wyniki poniżej przeciętnych, 33% – przeciętne, a 12% – wyniki powyżej przeciętnych.

W obszarze samoakceptacja moralna w próbie osób z lekkim niedosłuchem pojawia się przewaga wyników od podwyższonych po bardzo wysokie. Rezultat powyżej przeciętnych uzyskuje 49% respondentów, 33% to wyniki poniżej przeciętnych, a 19% – przeciętne. Wśród osób z uszkodzeniem słuchu w stopniu umiarkowanym dominują natomiast wyniki od bardzo niskich po obniżone: 62% badanych uzyskuje rezultat poniżej przeciętnych, 14% – przeciętne, a 24% – powyżej przeciętnych. W grupie ze znacznym stopniem niedosłuchu rozkład wyników przesunięty jest w stronę wartości niskich (39%), jednak wyniki powyżej przeciętnych silniej równoważą asymetrię zbioru danych (35% przy 26% wyników przeciętnych). Wśród respondentów z głębokim niedosłuchem silnie dominują wyniki poniżej przeciętnych (56%), przy 24% wyników przeciętnych i 20% powyżej przeciętnych.

W obszarze atrakcyjność fizyczna wśród respondentów z lekkim niedosłuchem 43% badanych uzyskuje wyniki przeciętne, 39% – poniżej przeciętnych, a 17% – powyżej przeciętnych. Wśród osób z umiarkowanym niedosłuchem rozkład wyników jest następujący: 42% przeciętnych, 38% poniżej przeciętnych i 20% powyżej przeciętnych. W odniesieniu do badanych ze znacznym stopniem niedosłuchu notuje się przewagę wyników poniżej przeciętnych (42%), przy 36-procentowym udziale wyników przeciętnych i 22-procentowym udziale wyników powyżej przeciętnych. Wśród respondentów z głębokim niedosłuchem należy zauważyć dominację wyników przeciętnych (44%), przy 36% wyników poniżej przeciętnych i 20% powyżej przeciętnych (wykres 84).

Wykres 84. Zestawienie wyników przeliczonych dla komponentów: zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna, atrakcyjność fizyczna, w podziale według zmiennej głębokość niedosłuchu.


Zdolności przywódcze – wyniki przeliczone – głębokość niedosłuchu
N (z) = 69*1*Normal (Średnia = 3,4638; Sigma = 1,3888); N (l) = 74*1*Normal (Średnia = 3,6892; Sigma = 1,3742)
N (g) = 79*1*Normal (Średnia = 3,3291; Sigma = 1,2478); N (u) = 91*1*Normal (Średnia = 3,5385; Sigma = 1,2588)
Liczba obs.
znaczny (z)
lekki (l)
głęboki (g)
umiarkowany (u)
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten


Samokontrola – wyniki przeliczone – głębokość niedosłuchu
N (z) = 69*1*Normal (Średnia = 3,4493; Sigma = 1,3121); N (l) = 74*1*Normal (Średnia = 3,6351; Sigma = 1,2776)
N (g) = 79*1*Normal (Średnia = 3,3924; Sigma = 1,1482); N (u) = 91*1*Normal (Średnia = 3,5824; Sigma = 1,2567)
Liczba obs
Samoakceptacja moralna – wyniki przeliczone – głębokość niedosłuchu
N (z) = 69*1*Normal (Średnia = 3,913; Sigma = 1,7468); N (l) = 74*1*Normal (Średnia = 4,2703; Sigma = 1,6327)
N (g) = 79*1*Normal (Średnia = 3,4684; Sigma = 1,5429); N (u) = 91*1*Normal (Średnia = 3,3407; Sigma = 1,7399)
Liczba obs
Atrakcyjność fizyczna – wyniki przeliczone – głębokość niedosłuchu
N (z) = 69*1*Normal (Średnia = 3,7246; Sigma = 1,3814); N (l) = 74*1*Normal (Średnia = 3,6622; Sigma = 1,1968)
N (g) = 79*1*Normal (Średnia = 3,8354; Sigma = 1,2753); N (u) = 91*1*Normal (Średnia = 3,7033; Sigma = 1,3038)
Liczba obs
znaczny (z)
lekki (l)
głęboki (g)
umiarkowany (u)
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

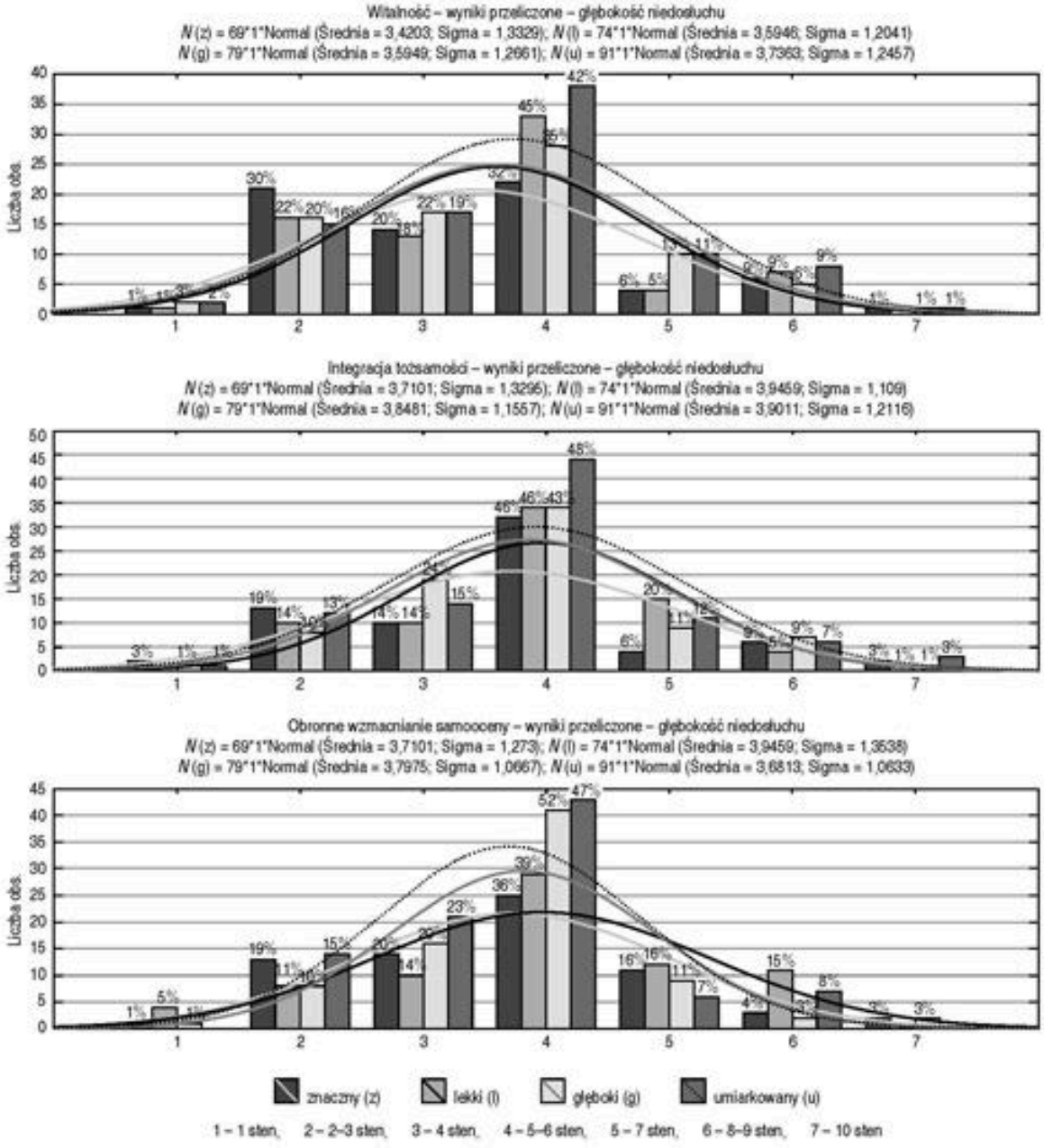
Analizując rozkłady danych przeliczonych dla obszaru witalność, zauważa się asymetrię w grupach różniących się stopniem niedosłuchu, ukazującą dominację wartości niskich. Wśród badanych z lekkim stopniem niedosłuchu 45% respondentów uzyskuje wynik przeciętny, jednak 41% osiąga rezultat poniżej przeciętnych, a jedynie 14% powyżej przeciętnych. W grupie z umiarkowanym stopniem niedosłuchu również dominują wyniki przeciętne (42%), lecz poniżej tych wartości wyniki uzyskuje 38% badanych, a powyżej – 21%. Wśród osób ze znacznym

niedosłuchem przesunięcie w stronę wartości niskich jeszcze mocniej się zarysowuje, ponieważ 51% badanych osiąga rezultat poniżej przeciętnego, przy 32% przeciętnych i 16% powyżej przeciętnych. W grupie osób z głębokim niedosłuchem 45% respondentów uzyskuje wynik poniżej przeciętnego, przy 35% przeciętnych i 20% powyżej przeciętnego.

W przypadku integracji tożsamości rozkłady wyników badań w próbach są znacznie bardziej symetryczne. Przeważają wyniki z przedziału przeciętnych, choć również widoczna jest dominacja wartości poniżej przeciętnych nad wartościami powyżej przeciętnych. Wśród osób z lekkim niedosłuchem wynik przeciętny uzyskuje 46% badanych, poniżej – 28%, a powyżej 26%. W grupie z umiarkowanym niedosłuchem wyników przeciętnych jest 48%, przy 29% wyników poniżej przeciętnych i 22% powyżej przeciętnych. W grupie ze znacznym niedosłuchem rozkład wyników jest podobny: 46% uzyskuje wyniki przeciętne, 36% – poniżej przeciętnych, a 18% – powyżej przeciętnych. Wśród osób z głębokim niedosłuchem 43% badanych uzyskuje wynik przeciętny, 35% poniżej przeciętnego, a 21% powyżej przeciętnego.

W zakresie obronnego wzmacniania samooceny w grupie z lekkim niedosłuchem notuje się 30-procentowy udział wyników poniżej przeciętnych, przy 39% przeciętnych i 31% powyżej przeciętnych. W grupie z umiarkowanym niedosłuchem również dominują wyniki przeciętne (47%), przy 39% poniżej przeciętnych i jedynie 15% powyżej przeciętnych. Wyniki przesuwają się zatem w stronę wartości niskich. W grupie ze znacznym niedosłuchem 40% wyników należy do przedziału poniżej przeciętnych, 36% – do przeciętnych, a 23% – do przedziału powyżej przeciętnych, zatem także zauważa się przesunięcie w stronę wartości niskich. W próbie z głębokim niedosłuchem 52% respondentów uzyskuje wynik przeciętny, 31% to wyniki poniżej przeciętnych, a 17% – wyniki powyżej przeciętnych (wykres 85).

Wykres 85. Zestawienie wyników przeliczonych dla komponentów: witalność, integracja tożsamości i obronne wzmacnianie samooceny, w podziale według zmiennej głębokość niedosłuchu.


Witalność – wyniki przeliczone – głębokość niedosłuchu
N (z) = 69*1*Normal (Średnia = 3,4203; Sigma = 1,3329); N (l) = 74*1*Normal (Średnia = 3,5946; Sigma = 1,2041)
N (g) = 79*1*Normal (Średnia = 3,5949; Sigma = 1,2661); N (u) = 91*1*Normal (Średnia = 3,7363; Sigma = 1,2457)
Liczba obs.
Integracja tożsamości – wyniki przeliczone – głębokość niedosłuchu
N (z) = 69*1*Normal (Średnia = 3,7101; Sigma = 1,3295); N (l) = 74*1*Normal (Średnia = 3,9459; Sigma = 1,109)
N (g) = 79*1*Normal (Średnia = 3,8481; Sigma = 1,1557); N (u) = 91*1*Normal (Średnia = 3,9011; Sigma = 1,2116)
Liczba obs.
Obronne wzmacnianie samooceny – wyniki przeliczone – głębokość niedosłuchu
N (z) = 69*1*Normal (Średnia = 3,7101; Sigma = 1,273); N (l) = 74*1*Normal (Średnia = 3,9459; Sigma = 1,3538)
N (g) = 79*1*Normal (Średnia = 3,7975; Sigma = 1,0667); N (u) = 91*1*Normal (Średnia = 3,6813; Sigma = 1,0633)
Liczba obs.
znaczny (z)
lekki (l)
głęboki (g)
umiarkowany (u)
1 – 1 sten, 2 – 2–3 sten, 3 – 4 sten, 4 – 5–6 sten, 5 – 7 sten, 6 – 8–9 sten, 7 – 10 sten

Aby zweryfikować związek pomiędzy zmienną głębokość niedosłuchu a samooceną ogólną i jej obszarami, przeprowadzono analizę wariancji (parametryczna jednoczynnikowa ANOVA). Wynik analizy wskazuje na brak istotności związku zmiennych [Lambda Wilksa = 0,879, $F(33, 887{,}51) = 1{,}20$, $p = 0{,}202$]. Analizy *post*

hoc wykazały jedynie dwie różnice międzygrupowe – w obszarze samoakceptacja moralna. Osoby z lekkim stopniem niedosłuchu istotnie wyżej oceniają samoakceptację moralną niż osoby z niedosłuchem umiarkowanym i głębokim (tabela 101).

Tabela 101 Zestawienie różnic międzygrupowych dla ogólnej samooceny i jej komponentów w próbie różnicowanej zmienną głębokość niedosłuchu

Samoakceptacja moralna				
M	{1} 36,36	{2} 37,24	{3} 34,84	{4} 34,16
Ubytek znaczny (1)		0,793	0,389	0,102
Ubytek lekki (2)	0,793		0,049*	0,005**
Ubytek głęboki (3)	0,389	0,049*		0,880
Ubytek umiarkowany (4)	0,102	0,005**	0,880	
MS międzygrupowe	33,37			
df	311,00			

8. Zestawienie wyników badań nad związkami pomiędzy poziomem stresu, stylami i strategiami walki ze stresem oraz samooceną

8.1. Zmienne objaśniające poziom stresu oraz poziom samooceny ogólnej i jej komponentów w badanej próbie

8.1.1. Zmienne objaśniające poziom stresu

Do wyłonienia związków i poniekąd dynamiki zmian pomiędzy zmiennymi zastosowano metodę analizy statystycznej nazwaną regresją wieloraką krokową wsteczną. W pierwszej kolejności analizie poddano związek predyktorów: strategie walki ze stresem ze zmienną poziom stresu. Trzy wyłonione strategie wyjaśniły 15% wariancji w zakresie poziomu stresu. Pozyskane dane, a w szczególności wartość współczynnika regresji *b*, ujawniły, iż strategia pozytywne przewartościowanie istotnie wiąże się z obniżeniem poziomu stresu w próbie (*b* ujemne), natomiast stosowanie strategii wyładowywanie oraz obwinianie siebie istotnie wiąże się z podwyższeniem poziomu stresu (*b* dodatnie) (tabela 102).

Strategie zgrupowane w czynniki wprowadzone do modelu objaśniły 14% zmiennej poziom stresu. Wartość współczynnika *b* dla czynników walki ze stresem pozwoliła ujawnić, iż wraz ze wzrostem poziomu stresu intensyfikuje się stosowanie czynnika bezradność (*b* dodatnie), a maleje częstość stosowania czynnika poczucie humoru (*b* ujemne) (tabela 103).

Tabela 102. Poziom stresu a strategie radzenia sobie ze stresem

$N = 405$	$R = 0{,}39$ $R^2 = 0{,}15$ Popraw. $R2 = 0{,}144$ $F(3, 401) = 23{,}559$ $p < 0{,}000$ Błąd std. estymacji: 4,86					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(401)$	p
Wyraz wolny			16,67	0,83	20,13	0,000***
Pozytywne przewartościowanie	–0,17	0,05	–1,32	0,36	–3,69	0,000***
Wyładowywanie	0,19	0,05	1,35	0,36	3,73	0,000***
Obwinianie siebie	0,25	0,05	1,75	0,34	5,18	0,000***

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

Tabela 103. Poziom stresu a czynniki radzenia sobie ze stresem

$N = 405$	$R = 0{,}37$ $R^2 = 0{,}14$ Popraw. $R2 = 0{,}14$ $F(2, 402) = 32{,}246$ $p < 0{,}00000$ Błąd std. estymacji: 4,89					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(402)$	p
Wyraz wolny			16,63	0,54	30,56	0,000***
Bezradność	0,37	0,05	3,26	0,41	7,88	0,000***
Poczucie humoru	–0,16	0,05	–1,00	0,31	–3,29	0,001***

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

W przypadku stylów radzenia sobie ze stresem zauważa się, iż wzrostowi poziomu stresu towarzyszy silne ukierunkowanie

radzenia sobie z sytuacjami trudnymi w stronę emocji, natomiast przy zmniejszeniu poziomu stresu obserwuje się zwiększenie udziału stylu skoncentrowanego na unikaniu – poszukiwaniu kontaktów towarzyskich (tabela 104).

Tabela 104. Poziom stresu a style radzenia sobie ze stresem

$N = 399$	$R = 0{,}50$ $R^2 = 0{,}25$ Popraw. $R2 = 0{,}25$ $F(2, 396) = 65{,}97$ $p < 0{,}000$ Błąd std. estymacji: 4,59					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(396)$	p
Wyraz wolny			11,84	1,32	8,96	0,000***
Styl skoncentrowany na emocjach	0,48	0,04	0,23	0,02	10,96	0,000***
Styl skoncentrowany na unikaniu – poszukiwanie kontaktów towarzyskich	–0,15	0,04	–0,20	0,05	–3,55	0,000***

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

W analizie związku pomiędzy samooceną i jej komponentami a poziomem stresu nie uwzględniono wyniku ogólnego (samoocena ogólna), jako że zawiera on pewne komponenty obszarów samooceny. Wprowadzając do modelu zmienne objaśniające (kompetencje, bycie kochanym, popularność, zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna, atrakcyjność fizyczna, witalność, integracja tożsamości, obronne wzmacnianie samooceny – dalej zwane obszarami/komponentami samooceny), zauważa się, iż wzrostowi poziomu stresu odpowiada istotne obniżenie poziomu samooceny w obszarach: popularność, samokontrola, integracja tożsamości. Predyktory te objaśniają 30% wariancji zmiennej poziom stresu (tabela 105).

Tabela 105. Poziom stresu a obszary samooceny

$N = 401$	$R = 0,55$ $R^2 = 0,30$ Popraw. $R2 = 0,30$ $F(3, 397) = 57,84$ $p < 0,000$ Błąd std. estymacji: 4,42					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(397)$	p
Wyraz wolny			40,46	1,67	24,19	0,000***
Popularność	–0,23	0,05	–0,22	0,05	–4,76	0,000***
Samokontrola	–0,29	0,05	–0,30	0,05	–5,59	0,000***
Integracja tożsamości	–0,169	0,05	–0,17	0,05	–3,23	0,001***

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

Podsumowując powyższe, należy stwierdzić, że poziom stresu w badanej próbie objaśnia: intensyfikacja w zakresie stosowania strategii walki ze stresem, takich jak: wyładowywanie i obwinianie siebie, czynnika walki ze stresem bezradność; stylu walki ze stresem skoncentrowanego na emocjach, przy wzroście poziomu stresu. Jednocześnie przy wzroście poziomu stresu maleje: intensywność stosowania strategii pozytywne przewartościowanie, czynnika poczucie humoru, stylu skoncentrowanego na uczuciach – poszukiwaniu kontaktów towarzyskich oraz obniżenie oceny takich składowych samooceny, jak popularność, samokontrola, integracja tożsamości.

Na podstawie analizy modelu predyktorów poziomu stresu, do którego jednocześnie wprowadzono strategie walki ze stresem, style walki ze stresem oraz obszary samooceny (bez wyniku ogólnego), do najistotniejszych zmiennych warunkujących wariancję poziomu stresu należy zaliczyć: styl skoncentrowany na emocjach, popularność i samokontrolę, które łącznie wyjaśniają 36% wariancji. Wartość współczynnika regresji *b* pozwala na interpretację, iż wzrostowi poziomu stresu najintensywniej towarzyszą wzrost wykorzystywania stylu walki ze stresem skoncentrowanego na emocjach oraz obniżenie poziomu oceny własnej popularności i samokontroli (tabela 106).

Tabela 106. Poziom stresu a strategie radzenia sobie ze stresem, style radzenia sobie ze stresem oraz komponenty samooceny

$N = 395$	$R = 0{,}60$ $R^2 = 0{,}36$ Popraw. $R2 = 0{,}36$ $F(3, 391) = 74{,}80$ $p < 0{,}000$ Błąd std. estymacji: 4,25					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(391)$	p
Wyraz wolny			27,41	2,23	12,31	0,000***
Styl skoncentrowany na emocjach	0,30	0,04	0,15	0,02	6,77	0,000***
Popularność	–0,20	0,05	–0,19	0,04	–4,27	0,000***
Samokontrola	–0,28	0,05	–0,29	0,05	–5,86	0,000***

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

8.2. Komponenty samooceny a aktywne sposoby walki ze stresem

Rozpatrując strategie i style walki ze stresem, wyłonić należy te sposoby pokonywania trudności, które angażują potencjał człowieka, pozwalają na zaangażowanie się i przyjęcie odpowiedzialności za funkcjonowanie środowiskowe. Wśród tych wspierających aktywność własną są strategie: aktywne radzenie sobie ze stresem, planowanie, pozytywne przewartościowanie, tworzące czynnik pierwszy, nazwany aktywnym radzeniem sobie ze stresem, oraz styl skoncentrowany na zadaniu.

Rozpatrując predyktory warunkujące zmienną aktywne radzenie sobie ze stresem, zauważa się, iż wzrostowi częstości stosowania tego czynnika w przezwyciężaniu sytuacji trudnych towarzyszy wzrost oceny zdolności przywódczych oraz samoakceptacji moralnej. Są to zmienne objaśniające 19% wariancji zmiennej zależnej (tabela 107).

Tabela 107. Czynnik aktywne radzenie sobie ze stresem a komponenty samooceny

$N = 409$	$R = 0{,}44293934$ $R^2 = 0{,}19619525$ Popraw. $R2 = 0{,}19216616$ $F(2, 399) = 48{,}695$ $p < 0{,}0000$ Błąd std. estymacji: 0,52951					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(404)$	p
Wyraz wolny			–0,13	0,20	–0,65	0,001***
Zdolności przywódcze	0,28	0,05	0,03	0,01	6,04	0,000***
Samoakceptacja moralna	0,28	0,05	0,03	0,00	5,92	0,000***

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

Badania nad predyktorami zmiennej styl skoncentrowany na zadaniu również objaśniają zmienne zdolności przywódcze oraz samoakceptacja moralna, a wzrostowi częstości stosowania stylu zadaniowego odpowiada także wzrost poziomu w wyżej wymienionych obszarach. Predyktory objaśniają natomiast znacznie więcej niż w przypadku zmiennej aktywne radzenie sobie ze stresem, bo ok. 31% wariancji zmiennej zależnej (tabela 108).

Tabela 108. Styl skoncentrowany na zadaniu a komponenty samooceny

$N = 402$	$R = 0{,}55487913$ $R^2 = 0{,}30789085$ Popraw. $R2 = 0{,}30442163$ $F(2, 399) = 88{,}749$ $p < 0{,}0000$ Błąd std. estymacji: 8,3536					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(399)$	p
Wyraz wolny			11,28	3,09	3,65	0,000***
Zdolności przywódcze	0,36	0,04	0,68	0,08	8,29	0,000***
Samoakceptacja moralna	0,34	0,04	0,58	0,07	7,85	0,000***

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

8.3. Komponenty samooceny a sposoby walki ze stresem skoncentrowane na poszukiwaniu wsparcia

Badając predyktory strategii poszukiwawczych: poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego (tworzących czynnik poszukiwanie wsparcia), można stwierdzić, że 11% wariancji zmiennej zależnej znajduje objaśnienie za pomocą komponentu bycie kochanym. Analizując współczynnik regresji, oceniając kierunek współzależności zmiennych, notuje się wzrost wartości zmiennej objaśnianej i objaśniającej (tabela 109).

Tabela 109. Czynnik poszukiwanie wsparcia a komponenty samooceny

$N = 402$	$R = 0,33$ $R^2 = 0,11$ Popraw. $R2 = 0,11$ $F(1, 400) = 49,37$ $p < 0,000$ Błąd std. estymacji: 0,66					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(400)$	p
Wyraz wolny			0,60	0,18	3,37	0,001***
Bycie kochanym	0,33	0,05	0,04	0,01	7,03	0,000***

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

8.4. Komponenty samooceny a pasywne i unikowe sposoby walki ze stresem

W tabeli 110 ukazane zostały komponenty samooceny opisujące zmienną zależną, jaką był czynnik bezradność w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami. Wyniki dostarczają informacji, iż obniżeniu poczucia bycia kochanym, spadkowi oceny samokontroli oraz oceny atrakcyjności fizycznej towarzyszy wzrost częstości uciekania się w sytuacjach trudnych do strategii świadczących o bezradności, czyli zażywania substancji psychoaktywnych, zaprzestania działań, obwiniania siebie. W modelu opisującym zmienną zależną wyłonione 3 komponenty samooceny wyjaśniają 21% wariancji. Na podstawie wyniku testu *t* stwierdza się porównywalny udział wyłonionych predyktorów dla czynnika bezradność (tabela 110).

Tabela 110. Czynnik bezradność a komponenty samooceny

$N = 409$	$R = 0,47$ $R^2 = 0,22$ Popraw. $R2 = 0,21$ $F(3, 405) = 37,72$ $p < 0,000$ Błąd std. estymacji: 0,54					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(405)$	p
Wyraz wolny			2,96	0,19	15,90	0,000***
Bycie kochanym	–0,21	0,06	–0,02	0,01	–3,73	0,000***
Samokontrola	–0,18	0,05	–0,02	0,01	–3,30	0,001***
Atrakcyjność fizyczna	–0,19	0,05	–0,02	0,01	–3,65	0,001***

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

Biorąc pod uwagę czynnik zachowania unikowe, w skład których wchodzą strategie zajmowanie się czymś innym, zaprzeczanie, wyładowywanie, stwierdza się, iż jedynym predyktorem o istotności statystycznej $p < 0,05$ objaśniającym zmienną zależną jest integracja tożsamości. Objaśnia ona jednak zaledwie 5% wariancji. Kierunek zmian polega na spadku oceny integracji tożsamości przy wzroście częstości stosowania zachowań unikowych w walce ze stresem (tabela 111).

Tabela 111. Czynnik zachowania unikowe a komponenty samooceny

$N = 409$	$R = 0,23166850$ $R^2 = 0,05$ Popraw. $R2 = 0,05$ $F(1, 407) = 23,08$ $p < 0,000$ Błąd std. estymacji: 0,53					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(407)$	p
Wyraz wolny			2,24	0,16	13,76	0,000***
Integracja tożsamości	–0,23	0,05	–0,02	0,01	–4,80	0,000***

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

Zmienna objaśniana, jaką jest styl unikowy, zawierający komponenty angażowanie się w czynności zastępcze i poszukiwanie kontaktów towarzyskich, znalazła 2 predyktory objaśniające 9% wariancji. Na podstawie wartości współczynnika regresji oraz wyniku testu *t* stwierdza się, iż ukierunkowywanie sposobów walki ze stresem w stronę stylu unikowego powoduje wzrost poziomu oceny w obszarze popularność oraz spadek w obszarze obronne wzmacnianie samooceny (tabela 112).

Tabela 112. Styl unikowy a komponenty samooceny

$N = 402$	$R = 0,30$ $R^2 = 0,09$ Popraw. $R2 = 0,09$ $F(2, 399) = 20,45$ $p < 0,000$ Błąd std. estymacji: 9,50					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(399)$	p
Wyraz wolny			52,11	3,68	14,14	0,000***
Popularność	0,25	0,05	0,43	0,09	4,93	0,000***
Obronne wzmacnianie samooceny	–0,27	0,05	–0,36	0,07	–5,38	0,000***

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

Strategia/czynnik akceptacja w analizie regresji znajduje objaśnienie za pomocą predyktora popularność. Wartość wskaźnika regresji ukazuje związek na poziomie wzrostu w zakresie częstości stosowania biernej strategii polegającej na pogodzeniu się z sytuacją trudną i jednoczesnego wzrostu samooceny w obszarze popularność. Predyktor ten objaśnia jedynie 3% wariancji zmiennej zależnej (tabela 113).

Tabela 113. Styl akceptacja a komponenty samooceny

$N = 409$	$R = 0,18$ $R^2 = 0,03$ Popraw. $R2 = 0,03$ $F(1, 407) = 13,97$ $p < 0,000$ Błąd std. estymacji: 0,67					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(407)$	p
Wyraz wolny			1,12	0,19	5,82	0,000***
Popularność	0,18	0,05	0,02	0,01	3,74	0,000***

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

8.5. Komponenty samooceny a sposoby walki ze stresem zorientowane na emocje i zwrot ku religii

Biorąc pod uwagę strategię, a zarazem czynnik zwrot ku religii oraz komponenty osobowości, stwierdza się brak jakichkolwiek predyktorów w samoocenie objaśniających równanie regresji. Styl skoncentrowany na emocjach znalazł natomiast objaśnienie za pomocą predyktorów samokontrola oraz atrakcyjność fizyczna. Uwzględniając wartość współczynnika regresji oraz wynik testu *t*, zauważa się porównywalny udział obu zmiennych w objaśnieniu ok. 24% wariancji oraz stwierdza zależność polegającą na tym, iż intensyfikacji działań ukierunkowanych na emocje w walce ze stresem towarzyszy spadek oceny w obszarach samokontrola i atrakcyjność fizyczna (tabela 114).

Tabela 114. Styl skoncentrowany na emocjach a komponenty samooceny

$N = 402$	$R = 0{,}48752594$ $R^2 = 0{,}23768154$ Popraw. $R2 = 0{,}23386039$ $F(2, 399) = 62{,}202$ $p < 0{,}0000$ Błąd std. estymacji: 9,6918					
	*b**	Bł. std. z *b**	*b*	Bł. std. z *b*	*t*(399)	*p*
Wyraz wolny			80,05	3,29	24,31	0,000***
Samokontrola	–0,24	0,05	–0,53	0,11	–4,96	0,000***
Atrakcyjność fizyczna	–0,33	0,05	–0,62	0,09	–6,72	0,000***

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

8.6. Zmienne objaśniające poziom ogólnej samooceny w badanej próbie

Analiza regresji metodą krokową wsteczną ujawniła, iż 69% wariancji poziomu samooceny wyjaśniają następujące jej komponenty: kompetencje, bycie kochanym, popularność, atrakcyjność fizyczna, integracja tożsamości. Wartość *b* była dodatnia w kontekście każdego predyktora, przez co należy rozumieć, iż wzrost wartości ogólnej samooceny warunkowany jest głównie przez wzrost wartości wymienionych wyżej predyktorów, przy czym największy udział w wyjaśnieniu wariancji zmiennej zależnej ma atrakcyjność fizyczna (tabela 115).

Tabela 115. Poziom samooceny ogółem a komponenty samooceny

$N = 409$	$R = 0{,}83$ $R^2 = 0{,}69$ Popraw. $R2 = 0{,}69$ $F(5, 403) = 181{,}89$ $p < 0{,}000$ Błąd std. estymacji: 3,20					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(403)$	p
Wyraz wolny			−2,78	1,21	−2,31	0,021*
Kompetencje	0,11	0,04	0,13	0,04	3,22	0,001***
Bycie kochanym	0,13	0,04	0,11	0,03	3,39	0,001***
Popularność	0,18	0,04	0,18	0,04	4,67	0,000***
Atrakcyjność fizyczna	0,40	0,04	0,39	0,04	10,48	0,000***
Integracja tożsamości	0,22	0,03	0,25	0,04	6,42	0,000***

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

Badania nad związkiem samooceny ogólnej oraz poziomu stresu pokazują, że istnieje istotny statystycznie, mocny związek polegający na tym, iż wzrostowi samooceny towarzyszy spadek

odczuwanego stresu. Predyktor poziom stresu wyjaśnia 30% wariancji poziomu samooceny (tabela 116).

Kolejno analizie statystycznej poddano zależność wysokości samooceny i strategii radzenia sobie ze stresem. Badania ukazały, iż wzrostowi samooceny ogółem towarzyszy istotnie częstsze korzystanie ze strategii aktywne radzenie sobie ze stresem oraz poczucie humoru, natomiast przy wzroście samooceny notuje się spadek częstości korzystania ze strategii zażywanie substancji psychoaktywnych oraz obwinianie siebie. Cztery wymienione predyktory – strategie radzenia sobie ze stresem – objaśniają 30% wariancji poziomu samooceny (tabela 117).

Tabela 116. Poziom samooceny ogólnej a poziom stresu

$N = 401$	$R = 0,55$ $R^2 = 0,30$ Popraw. $R2 = 0,30$ $F(1, 399) = 174,62$ $p < 0,000$ Błąd std. estymacji: 4,72					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(399)$	p
Wyraz wolny			42,10	0,88	48,11	0,000***
Poziom stresu	–0,55	0,04	–0,59	0,04	–13,21	0,000***

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

Tabela 117. Poziom samooceny ogólnej a strategie radzenia sobie ze stresem

$N = 409$	$R = 0,55$ $R^2 = 0,30$ Popraw. $R2 = 0,30$ $F(4, 404) = 43,09$ $p < 0,000$ Błąd std. estymacji: 4,83					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(404)$	p
Wyraz wolny			31,08	0,82	38,01	0,000***
Aktywne radzenie sobie ze stresem	0,24	0,04	1,95	0,33	5,83	0,000***
Poczucie humoru	0,17	0,04	1,22	0,30	4,02	0,000***
Zażywanie substancji psychoaktywnych	–0,15	0,04	–1,02	0,31	–3,30	0,001***
Obwinianie siebie	–0,41	0,04	–3,12	0,33	–9,49	0,000***

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

Analiza regresji w przypadku czynników radzenia sobie ze stresem wyjaśniających poziom samooceny ukazała, iż wzrost samooceny w znacznym stopniu koreluje z intensyfikacją stosowanych czynników aktywne radzenie sobie ze stresem oraz poczucie humoru (biorąc pod uwagę współczynnik regresji *b*, notuje się wzrost częstości stosowania wyłonionych predyktorów w walce ze stresem). Wzrost poziomu stresu łączy się także ze spadkiem częstości stosowania czynnika bezradność. Wyłonione czynniki radzenia sobie ze stresem wyjaśniają 27% zmienności poziomu ogólnej samooceny (tabela 118).

Tabela 118. Poziom samooceny ogólnej a czynniki radzenia sobie ze stresem

$N = 409$	$R = 0{,}52$ $R^2 = 0{,}27$ Popraw. $R2 = 0{,}26$ $F(3, 405) = 49{,}96$ $p < 0{,}000$ Błąd std. estymacji: 4,92					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(405)$	p
Wyraz wolny			29,86	0,94	31,75	0,000***
Aktywne radzenie sobie ze stresem	0,23	0,04	2,26	0,43	5,283	0,000***
Bezradność	–0,43	0,04	–4,04	0,42	–9,60	0,000***
Poczucie humoru	0,17	0,04	1,16	0,31	3,70	0,000***

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

Analizując style radzenia sobie w sytuacjach trudnych, zauważa się, iż wzrost poziomu samooceny najlepiej objaśniają style: skoncentrowany na zadaniu, na emocjach oraz unikaniu – angażowaniu się w czynności zastępcze. Na podstawie wyrazu *b* oraz wyników testu *t* stwierdza się, iż istotnie częściej przy wzroście samooceny osoby badane obierają style skoncentrowane na zadaniu i nieco rzadziej unikowy (angażowanie się w czynności zastępcze). Wzrostowi poziomu samooceny odpowiada także spadek częstości stosowania stylu skoncentrowanego na emocjach. Wyłonione style radzenia sobie ze stresem – predyktory – objaśniają 44% wariancji poziomu samooceny (tabela 119).

Tabela 119. Poziom samooceny ogólnej a style radzenia sobie ze stresem

$N = 402$	$R = 0{,}677$ $R^2 = 0{,}44$ Popraw. $R2 = 0{,}44$ $F(3, 398) = 105{,}40$ $p < 0{,}000$ Błąd std. estymacji: 4,30					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(398)$	p
Wyraz wolny			29,86	1,46	20,39	0,000***
Styl skoncentrowany na zadaniu	0,42	0,04	0,24	0,02	10,81	0,000***
Skoncentrowany na emocjach	–0,66	0,04	–0,34	0,02	–16,04	0,000***
Styl skoncentrowany na unikaniu – angażowanie się w czynności zastępcze	0,20	0,04	0,18	0,04	4,86	0,000***

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

Konstruując model zmiennych potencjalnie objaśniających poziom samooceny, założono odrzucenie w jego strukturze: obszarów samooceny jako częściowych składowych wyniku ogólnego (do modelu wchodzi samoocena ogólna) oraz czynników radzenia sobie ze stresem jako zawierających wszystkie strategie walki z przeciwnościami losu (do modelu włącza się 14 strategii). Reasumując, aby wyłonić zmienne najlepiej opisujące zależności pomiędzy samooceną a poziomem stresu i sposobami walki ze stresem, uwzględniono zmienne: poziom stresu, strategie walki ze stresem oraz style walki ze stresem.

Analiza regresji pokazała, iż wśród włączonych do modelu zmiennych największy udział i wagę dla objaśnianej zmiennej miały dwa style radzenia sobie ze stresem (zadaniowy i unikowy) oraz strategia poszukiwanie wsparcia emocjonalnego. Łącznie wyłonione predyktory objaśniają 45% wariancji zmiennej zależnej. Na podstawie współczynnika regresji *b* stwierdza się, iż wyższej samoocenie odpowiadają: istotnie częstsze poszukiwanie wsparcia emocjonalnego w walce ze stresem, wzrost częstości stosowania stylu skoncentrowanego na zadaniu oraz znaczny spadek intensywności wykorzystywania stylu unikowego (tabela 120).

Tabela 120. Poziom samooceny ogólnej a poziom stresu, strategie radzenia sobie ze stresem, style radzenia sobie ze stresem

$N = 402$	$R = 0,67$ $R^2 = 0,45$ Popraw. $R2 = 0,45$ $F(4, 397) = 82,034$ $p < 0,000$ Błąd std. estymacji: 4,27					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(397)$	p
Wyraz wolny			29,50	1,50	19,63	0,000***
Strategia poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,13	0,04	1,00	0,30	3,34	0,001***
Styl skoncentrowany na zadaniu	0,34	0,04	0,19	0,02	8,57	0,000***
Styl skoncentrowany na unikaniu	–0,62	0,04	–0,32	0,02	–15,87	0,000***

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

8.7. Związki pomiędzy komponentami samooceny a poziomem stresu, sposobami walki ze stresem

8.7.1. Kompetencje

Biorąc pod uwagę zmienne poziom stresu, strategie walki ze stresem i style walki ze stresem oraz ocenę kompetencji przez badanych, stwierdza się, iż 35% wariancji zmiennej kompetencje objaśniają predyktory: styl skoncentrowany na zadaniu oraz styl skoncentrowany na emocjach. Uwzględniając w ocenie wartość współczynnika regresji *b*, zauważa się, że ze wzrostem oceny własnych kompetencji wzrasta częstość stosowania stylu skoncentrowanego na zadaniu, a zmniejsza – stylu skoncentrowanego na emocjach (tabela 121).

Tabela 121. Poziom oceny własnych kompetencji a poziom stresu, strategie i style radzenia sobie ze stresem

$N = 402$	$R = 0{,}59$ $R^2 = 0{,}35$ Popraw. $R2 = 0{,}35$ $F(2, 399) = 104{,}70$ $p < 0{,}000$ Błąd std. estymacji: 4,17					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(397)$	p
Wyraz wolny			27,22	1,28	21,27	0,000***
Styl skoncentrowany na zadaniu	0,50	0,04	0,26	0,02	12,11	0,000***
Styl skoncentrowany na emocjach	–0,41	0,04	–0,19	0,02	–9,98	0,000***

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

Analizując model obszarów samooceny, zauważa się, iż poziom własnych
kompetencji najistotniej koreluje z: byciem kochanym, zdolnościami przywódczymi, samoakceptacją moralną, witalnością. Wyjaśniają one niemal 50% wariancji poziomu kompetencji. Biorąc pod uwagę wartość współczynnika regresji *b*, obserwuje się, iż przy wzroście oceny własnych kompetencji istotnie wzrasta samoocena w wyżej wymienionych obszarach, przy czym największa korelacja występuje w zakresie zdolności przywódczych (tabela 122).

Tabela 122. Poziom oceny własnych kompetencji a pozostałe komponenty samooceny

N = 402	R = 0,71 R^2 = 0,50 Popraw. R2 = 0,50 F(4, 397) = 100,14 p < 0,000 Błąd std. estymacji: 3,64					
	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(397)	p
Wyraz wolny			5,46	1,39	3,93	0,000***
Bycie kochanym	0,19	0,05	0,15	0,04	4,05	0,000***
Zdolności przywódcze	0,34	0,04	0,33	0,04	8,08	0,000***
Samoakceptacja moralna	0,17	0,04	0,15	0,04	3,97	0,000***
Witalność	0,24	0,04	0,19	0,04	5,48	0,000***

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

8.7.2. Bycie kochanym

Obszar samooceny bycie kochanym analizowany w kontekście poziomu stresu, strategii i stylów radzenia sobie ze stresem ujawnia istotne statystycznie 4 predyktory objaśniające 38% wariancji zmiennej zależnej. Na podstawie przeprowadzonej analizy można stwierdzić, iż wzrost oceny bycia kochanym istotnie wiąże się z obniżeniem poziomu stresu, powoduje bardzo istotne zwiększenie częstości stosowania strategii walki ze stresem poszukiwanie wsparcia emocjonalnego oraz stylu skoncentrowanego na zadaniu oraz zmniejsza częstość stosowania stylu skoncentrowanego na emocjach w walce ze stresem (tabela 123).

Poddając analizie model zmiennych objaśniających wartości dla obszaru bycie kochanym, dla zachowania ważności modelu wykluczono z niego zmienne powodujące brak istotności statystycznej wyrazu wolnego (p = 0,058 przy prowadzeniu wszystkich obszarów samooceny, bez samooceny ogólnej). Były to: samokontrola, samoakceptacja moralna oraz integracja tożsamości. W nowo powstałym modelu wyłonione predyktory objaśniły 40% wariancji w obszarze bycie kochanym. Były to kompetencje i popularność. Na podstawie wartości współczynnika regresji stwierdza się, iż w przypadku obu tych predyktorów wzrost poczucia bycia kochanym koresponduje z ich wzrostem, przy czym biorąc pod uwagę wynik testu t, nieco większą wagę przypisuje się zmiennej popularność (tabela 124).

Tabela 123. Poziom oceny bycia kochanym a poziom stresu, strategii i stylów walki ze stresem

$N = 395$	$R = 0{,}62$ $R^2 = 0{,}39$ Popraw. $R2 = 0{,}38$ $F(4, 390) = 61{,}71$ $p < 0{,}000$ Błąd std. estymacji: 4,97					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(390)$	p
Wyraz wolny			33,58	1,77	19,01	0,000***
Poziom stresu	–0,17	0,05	–0,21	0,06	–3,66	0,000***
Strategia poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,27	0,04	2,25	0,34	6,55	0,000***
Styl skoncentrowany na zadaniu	0,29	0,04	0,18	0,03	6,52	0,000***
Styl skoncentrowany na emocjach	–0,36	0,05	–0,21	0,03	–7,63	0,000***

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

Tabela 124. Poziom oceny bycia kochanym a pozostałe komponenty samooceny

$N = 409$	$R = 0{,}63$ $R^2 = 0{,}40$ Popraw. $R2 = 0{,}40$ $F(2, 406) = 136{,}45$ $p < 0{,}000$ Błąd std. estymacji: 4,92					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(406)$	p
Wyraz wolny			6,52	1,70	3,83	0,000***
Kompetencje	0,30	0,04	0,37	0,05	6,82	0,000***
Popularność	0,43	0,04	0,48	0,05	9,60	0,000***

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

8.7.3. Popularność

Na podstawie analizy modelu predyktorów dla obszaru popularność, biorąc pod uwagę poziom stresu, strategie i style radzenia sobie ze stresem, można stwierdzić, że 36% wariancji zmiennej zależnej objaśniają: poziom stresu, styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach oraz styl skoncentrowany na unikaniu. Analiza współczynnika regresji *b* pozwala ustalić, iż wzrostowi oceny popularności towarzyszą spadek poziomu stresu, mocne ukierunkowanie działań na styl skoncentrowany na zadaniu, nieco słabsze na styl skoncentrowany na unikaniu. Wzrost poziomu samooceny w zakresie popularności koresponduje natomiast ze znacznym zmniejszeniem się częstości stosowania stylu skoncentrowanego na emocjach (tabela 125).

Tabela 125. Poziom oceny popularności a poziom stresu, strategie i style radzenia sobie ze stresem

$N = 395$	$R = 0{,}61$ $R^2 = 0{,}37$ Popraw. $R2 = 0{,}36$ $F(4, 390) = 56{,}37$ $p < 0{,}000$ Błąd std. estymacji: 4,53					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(390)$	p
Wyraz wolny			29,32	1,84	15,97	0,000***
Poziom stresu	–0,19	0,05	–0,21	0,05	–4,00	0,000***
Styl skoncentrowany na zadaniu	0,32	0,04	0,18	0,02	7,30	0,000***
Styl skoncentrowany na emocjach	–0,40	0,05	–0,20	0,03	–7,82	0,000***
Styl skoncentrowany na unikaniu	0,24	0,04	0,14	0,02	5,74	0,000***

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

W modelu zależności między popularnością a pozostałymi komponentami samooceny zauważa się, iż 51% wariancji zmiennej zależnej objaśniają takie komponenty samooceny, jak: bycie kochanym, zdolności przywódcze oraz atrakcyjność fizyczna. Biorąc pod uwagę współczynnik regresji, stwierdza się, iż wzrostowi oceny w zakresie popularności towarzyszy wzrost we wszystkich wskazanych powyżej obszarach, a najważniejszym predyktorem w modelu jest bycie kochanym, choć różnice pomiędzy zmiennymi objaśniającymi w teście *t* mocno się nie zaznaczają (tabela 126).

Tabela 126. Poziom ceny popularności a pozostałe komponenty samooceny

$N = 409$	$R = 0,71$ $R^2 = 0,51$ Popraw. $R2 = 0,51$ $F(3, 405) = 141,04$ $p < 0,000$ Błąd std. estymacji: 3,97					
	$b*$	Bł. std. z $b*$	b	Bł. std. z b	$t(405)$	p
Wyraz wolny			4,96	1,36	3,64	0,000***
Bycie kochanym	0,33	0,04	0,30	0,04	8,15	0,000***
Zdolności przywódcze	0,26	0,04	0,28	0,04	6,35	0,000***
Atrakcyjność fizyczna	0,30	0,04	0,29	0,04	6,91	0,000***

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

8.7.4. Zdolności przywódcze

W modelu predyktorów objaśniających zmienną zależną zdolności przywódcze 31% wariancji objaśniają styl skoncentrowany na zadaniu oraz styl skoncentrowany na emocjach. Biorąc pod uwagę współczynnik regresji *b*, zauważa się, że wzrostowi oceny zdolności przywódczych towarzyszą częstsze ukierunkowywanie stylu radzenia sobie ze stresem na zadanie oraz rzadsze przejawianie stylu skoncentrowanego na emocjach (tabela 127).

Tabela 127. Poziom oceny zdolności przywódczych a poziom stresu, strategie i style radzenia sobie ze stresem

$N = 395$	$R = 0{,}56$ $R^2 = 0{,}31$ Popraw. $R2 = 0{,}31$ $F(2, 392) = 89{,}37$ $p < 0{,}000$ Błąd std. estymacji: 4,38					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(392)$	p
Wyraz wolny			23,53	1,35	17,46	0,000***
Styl skoncentrowany na zadaniu	0,51	0,04	0,27	0,02	11,92	0,000***
Styl skoncentrowany na emocjach	–0,36	0,04	–0,17	0,02	–8,36	0,000***

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

Rozpatrując predyktory zmiennej zależnej zdolności przywódcze, stwierdza się, iż 47% wariancji wyjaśniają kompetencje, popularność, samokontrola, witalność oraz obronne wzmacnianie samooceny. Na podstawie współczynnika regresji *b* oraz wyników testu *t* zauważyć można, iż wzrost oceny zdolności przywódczych koreluje dodatnio ze znacznym wzrostem oceny

kompetencji i popularności, nieco mniejszym samokontroli oraz witalności, natomiast ujemnie koreluje z obronnym wzmacnianiem samooceny (tabela 128).

Tabela 128. Poziom oceny zdolności przywódczych a pozostałe komponenty samooceny

$N = 409$	$R = 0,69$ $R^2 = 0,470$ Popraw. $R2 = 0,47$ $F(5, 403) = 72,84$ $p < 0,000$ Błąd std. estymacji: 3,86					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(403)$	p
Wyraz wolny			7,56	1,62	4,66	0,000***
Kompetencje	0,35	0,05	0,36	0,05	7,47	0,000***
Popularność	0,24	0,45	0,22	0,04	5,14	0,000***
Samokontrola	0,17	0,05	0,17	0,05	3,56	0,000***
Witalność	0,17	0,05	0,14	0,04	3,55	0,000***
Obronne wzmacnianie samooceny	–0,17	0,04	–0,12	0,03	–4,29	0,000***

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

8.7.5. Samokontrola

W modelu predyktorów objaśniających obszar samokontroli, biorąc pod uwagę poziom stresu, strategie oraz style walki ze stresem, notuje się objaśnianie 38% wariancji przez: poziom stresu, styl skoncentrowany na zadaniu i styl skoncentrowany na emocjach. Analizując wartość wskaźnika regresji, zauważa się, iż wzrostowi oceny samokontroli towarzyszy wzrost częstości koncentrowania walki ze stresem na stylu zadaniowym, natomiast obserwuje się spadek poziomu stresu oraz częstości stosowania stylu skoncentrowanego na emocjach (tabela 129).

Tabela 129. Poziom samokontroli a poziom stresu, strategie i style radzenia sobie ze stresem

$N = 395$	$R = 0,62$ $R^2 = 0,39$ Popraw. $R2 = 0,38$ $F(3, 391) = 82,56$ $p < 0,000$ Błąd std. estymacji: 3,93					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(391)$	p
Wyraz wolny			31,97	1,38	23,10	0,000
Poziom stresu	–0,26	0,05	–0,25	0,04	–5,51	0,000
Styl skoncentrowany na zadaniu	0,39	0,04	0,19	0,02	9,05	0,000
Styl skoncentrowany na emocjach	–0,33	0,05	–0,15	0,02	–6,85	0,000

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

Biorąc pod uwagę poziom samooceny w relacji do innych komponentów samooceny, ze względu na brak istotności statystycznej wyrazu wolnego, co podważa ważność modelu, w jego struktury nie udało się wprowadzić zmiennej obronne wzmacnianie samooceny. W uzyskanym modelu zawierającym

pozostałe komponenty samooceny można za pomocą wyłonionych predyktorów objaśnić 45% wariancji. Na podstawie wyników badań stwierdza się, iż wzrost poziomu samokontroli mocno koreluje ze wzrostem w zakresie samoakceptacji moralnej, nieco słabiej ze zdolnościami przywódczymi, witalnością oraz integracją tożsamości (tabela 130).

Tabela 130. Poziom samokontroli a pozostałe komponenty samooceny

$N = 409$	$R = 0{,}68$ $R^2 = 0{,}46$ Popraw. $R2 = 0{,}45$ $F(4, 404) = 84{,}95$ $p < 0{,}000$ Błąd std. estymacji: 3,75					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(404)$	p
Wyraz wolny			4,06	1,48	2,75	0,006**
Zdolności przywódcze	0,14	0,05	0,14	0,04	3,18	0,001***
Samoakceptacja moralna	0,33	0,04	0,28	0,04	7,98	0,000***
Witalność	0,22	0,04	0,17	0,04	4,85	0,000***
Integracja tożsamości	0,23	0,04	0,23	0,04	5,20	0,000***

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

8.7.6. Samoakceptacja moralna

Badania związków pomiędzy poziomem samoakceptacji moralnej a poziomem stresu, strategiami i stylami radzenia sobie ze stresem pokazują, iż strategie poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, zaprzeczanie, zażywanie substancji psychoaktywnych oraz style zadaniowy i unikowy wyjaśniają 40% wariancji zmiennej zależnej. Analizując współczynnik regresji predyktorów, uznaje się, iż wzrost wartości samoakceptacji moralnej dodatnio koreluje ze wzrostem predyktorów: strategia poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, strategia zajmowanie się czymś innym, styl skoncentrowany na zadaniu, a ujemnie ze strategiami zaprzeczanie i zażywanie substancji psychoaktywnych oraz stylem skoncentrowanym na unikaniu. Rozpatrując siłę zależności, na podstawie wyników testów stwierdza się, iż w przypadku zaistnienia sytuacji trudnej najmocniej wzrost poziomu samoakceptacji moralnej koresponduje ze wzrostem częstości koncentrowania sił na stylu zadaniowym i ze spadkiem częstości stosowania stylu unikowego (tabela 131).

Tabela 131. Poziom samoakceptacji moralnej a poziom stresu, strategie i style radzenia sobie ze stresem

$N = 395$	$R = 0{,}64$ $R^2 = 0{,}41$ Popraw. $R2 = 0{,}40$ $F(7, 387) = 37{,}91$ $p < 0{,}000$ Błąd std. estymacji: 4,52					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(387)$	p
Wyraz wolny			29,55	1,55	19,06	0,000***
Strategia poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0,15	0,04	1,10	0,32	3,39	0,000***
Strategia zajmowanie się czymś innym	0,17	0,04	1,27	0,32	3,93	0,000***
Strategia zaprzeczanie	–0,17	0,04	–1,22	0,32	–3,82	0,000***
Strategia zażywanie substancji psychoaktywnych	–0,17	0,04	–1,22	0,29	–4,19	0,000***
Styl skoncentrowany na zadaniu	0,28	0,04	0,16	0,03	6,31	0,000***
Styl skoncentrowany na unikaniu	–0,41	0,06	–0,24	0,03	–7,11	0,000***

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

W modelu predyktorów podmiotowych samooceny objaśniających zmienną poziom samoakceptacji moralnej wśród zmiennych wyjaśniających 49% wariancji zmiennej zależnej znalazły się: bycie kochanym, obronne wzmacnianie samooceny, samokontrola, kompetencje i witalność. Biorąc pod uwagę współczynnik regresji *b* oraz wyniki testu *t*, stwierdza się, iż przy wzroście poziomu samoakceptacji moralnej wzrasta również poziom bycia kochanym oraz obronnego wzmacniania samooceny, nieco mniej – samokontroli i kompetencji, natomiast spada samoocena witalności (tabela 132).

Tabela 132. Poziom samoakceptacji moralnej a pozostałe komponenty samooceny

$N = 409$	$R = 0,70$ $R^2 = 0,49$ Popraw. $R2 = 0,49$ $F(5, 403) = 77,97$ $p < 0,000$ Błąd std. estymacji: 4,22					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(403)$	p
Wyraz wolny			3,91	1,75	2,24	0,003***
Bycie kochanym	0,31	0,05	0,29	0,04	6,80	0,000***
Obronne wzmacnianie samooceny	0,29	0,04	0,23	0,03	7,12	0,000***
Samokontrola	0,21	0,05	0,24	0,05	4,51	0,000***
Kompetencje	0,15	0,05	0,17	0,05	3,20	0,000***
Witalność	–0,09	0,05	–0,09	0,04	–2,06	0,004***

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

8.7.7. Atrakcyjność fizyczna

Wyniki badań nad modelem predyktorów wyjaśniających wariancje zmiennej atrakcyjność fizyczna ukazują, iż poziom stresu, strategia planowanie i strategia poszukiwanie wsparcia emocjonalnego w radzeniu sobie ze stresem, stosowanie stylu ukierunkowanego na emocje oraz unikanie tłumaczą 36% jej zmienności. Rozpatrując wynik testu *t*, uznaje się, iż największy udział w modelu mają styl skoncentrowany na unikaniu oraz styl skoncentrowany emocjach. Biorąc pod uwagę wartość współczynnika regresji, przyjmuje się, iż wzrostowi poziomu atrakcyjności fizycznej towarzyszą wzrost częstości stosowania strategii planowanie, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i stylu skoncentrowanego na emocjach oraz spadek poziomu stresu i częstości stosowania stylu unikowego (tabela 133).

Tabela 133. Atrakcyjność fizyczna a poziom stresu, strategie i style radzenia sobie ze stresem

$N = 395$	$R = 0{,}61$ $R^2 = 0{,}37$ Popraw. $R2 = 0{,}36$ $F(5, 389) = 46{,}29$ $p < 0{,}000$ Błąd std. estymacji: 4,62					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(389)$	p
Wyraz wolny			33,76	1,57	21,52	0,000***
Poziom stresu	–0,21	0,05	–0,23	0,05	–4,52	0,000***
Strategia planowanie	0,17	0,04	1,40	0,34	4,08	0,000***
Strategia poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,16	0,04	1,21	0,33	3,66	0,000***
Styl skoncentrowany na emocjach	0,22	0,04	0,13	0,03	4,98	0,000***
Styl skoncentrowany na unikaniu	–0,40	0,05	–0,21	0,03	–8,20	0,000***

* $p \leq 0{,}05$ – statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

Biorąc pod uwagę zmienne podmiotowe samooceny, w modelu wyjaśniającym wariancję zmiennej zależnej, jaką była atrakcyjność fizyczna, odnotowano: bycie kochanym, popularność, witalność, integrację tożsamości oraz obronne wzmacnianie samooceny. Łącznie predyktory wyjaśniły 61% zmienności. Wyniki wskazują, że największy udział w modelu ma witalność. Analiza współczynnika regresji pozwala stwierdzić, iż wzrostowi poziomu atrakcyjności fizycznej odpowiada wzrost oceny witalności, nieco mniejszy – integracji tożsamości i popularności, a istotny, lecz mniejszy – bycia kochanym. Wzrost atrakcyjności fizycznej łączy się także ze spadkiem wartości samooceny w zakresie obronnego wzmacniania samooceny (tabela 134).

Tabela 134. Atrakcyjność fizyczna a pozostałe komponenty samooceny

$N = 409$	$R = 0,78$ $R^2 = 0,60$ Popraw. $R2 = 0,61$ $F(5, 403) = 123,09$ $p < 0,000$ Błąd std. estymacji: 3,70					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(403)$	p
Wyraz wolny			4,18	1,53	2,74	0,010**
Bycie kochanym	0,14	0,04	0,12	0,04	3,22	0,000***
Popularność	0,23	0,04	0,24	0,04	5,42	0,000***
Witalność	0,44	0,04	0,41	0,04	11,61	0,000***
Integracja tożsamości	0,23	0,04	0,27	0,04	6,03	0,000***
Obronne wzmacnianie samooceny	–0,16	0,04	–0,13	0,03	–4,61	0,000***

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

8.7.8. Witalność

Analiza wyników badań zmiennych witalność oraz poziom stresu, strategie i style radzenia sobie w sytuacjach trudnych pozwala stwierdzić, iż 4 zmienne wyjaśniają 34% wariancji, a są nimi: poziom stresu, style: zadaniowy, skoncentrowany na emocjach i unikowy, przy czym w modelu największą wagę ma styl zadaniowy, którego częstość stosowania mocno rośnie wraz ze wzrostem poziomu witalności, oraz styl skoncentrowany na emocjach, którego częstość stosowania maleje wraz ze wzrostem oceny witalności. Ponadto wzrostowi poziomu witalności odpowiadają spadek poziomu stresu oraz wzrost częstości stosowania stylu skoncentrowanego na unikaniu (tabela 135).

Tabela 135. Witalność a poziom stresu, strategie i style radzenia sobie ze stresem

$N = 395$	$R = 0,59$ $R^2 = 0,35$ Popraw. $R2 = 0,34$ $F(4, 390) = 51,51$ $p < 0,000$ Błąd std. estymacji: 5,13					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(390)$	p
Wyraz wolny			28,88	2,08	13,92	0,000***
Poziom stresu	–0,16	0,05	–0,19	0,06	–3,22	0,000***
Styl skoncentrowany na zadaniu	0,33	0,04	0,21	0,03	7,42	0,000***
Styl skoncentrowany na emocjach	–0,42	0,05	–0,24	0,03	–8,07	0,000***
Styl skoncentrowany na unikaniu	0,21	0,04	0,13	0,03	4,88	0,000***

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

W badaniu podmiotowych predyktorów obszarów samooceny do modelu (ze względu na brak istotności statystycznej wyrazu

wolnego) nie wprowadzono zdolności przywódczych, samokontroli oraz atrakcyjności fizycznej. Spośród pozostałych wprowadzonych zmiennych 2 wyjaśniają 40% wariancji zmiennej zależnej, a są nimi: kompetencje i popularność. Na podstawie współczynnika regresji *b* można stwierdzić, iż wzrostowi witalności odpowiada (porównywalny) wzrost w obu wymienionych obszarach (tabela 136).

Tabela 136. Witalność a pozostałe komponenty samooceny

$N = 409$	$R = 0{,}63$ $R^2 = 0{,}40$ Popraw. $R2 = 0{,}40$ $F(2, 406) = 135{,}91$ $p < 0{,}000$ Błąd std. estymacji: 4,95					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(406)$	p
Wyraz wolny			4,06	1,71	2,37	0,019**
Kompetencje	0,38	0,04	0,47	0,05	8,51	0,000***
Popularność	0,35	0,04	0,40	0,05	7,95	0,000***

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

8.7.9. Integracja tożsamości

Wyniki badań związków pomiędzy obszarem integracja tożsamości a poziomem stresu, strategiami i stylami walki ze stresem ukazują 4 zmienne objaśniające 28% wariancji zmiennej zależnej. Są nimi: poziom stresu, strategia poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, styl skoncentrowany na zadaniu oraz styl skoncentrowany na emocjach. Biorąc pod uwagę wskaźnik regresji i wynik testu *t*, zauważa się, iż wzrostowi poziomu integracji tożsamości towarzyszą spadek poziomu stresu i częstości stosowania stylu skoncentrowanego na emocjach oraz intensyfikacja stosowania strategii poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i stylu zadaniowego (tabela 137).

Tabela 137. Integracja tożsamości a poziom stresu, strategie i style radzenia sobie ze stresem

$N = 395$	$R = 0{,}54$ $R^2 = 0{,}29$ Popraw. $R2 = 0{,}28$ $F(4, 390) = 39{,}36$ $p < 0{,}000$ Błąd std. estymacji: 4,30					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(390)$	p
Wyraz wolny			33,99	1,53	22,24	0,000***
Poziom stresu	–0,22	0,05	–0,21	0,05	–4,21	0,000***
Strategia poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,15	0,04	1,00	0,30	3,37	0,001***
Styl skoncentrowany na zadaniu	0,22	0,05	0,11	0,02	4,66	0,000***
Styl skoncentrowany na emocjach	–0,32	0,05	–0,15	0,02	–6,20	0,000***

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

Analiza związków pomiędzy integracją tożsamości a pozostałymi składowymi samooceny ujawniła 4 predyktory

wyjaśniające 42% wariancji zmiennej zależnej. Były to: zdolności przywódcze, samokontrola, atrakcyjność fizyczna oraz obronne wzmacnianie samooceny. Biorąc pod uwagę wynik testu *t* oraz wskaźnik regresji *b*, stwierdza się, iż wzrostowi poziomu integracji tożsamości towarzyszy intensywny wzrost w zakresie poczucia atrakcyjności fizycznej oraz obronnego wzmacniania samooceny, a nieco mniejszy – w zakresie samokontroli i zdolności przywódczych (tabela 138).

Tabela 138. Integracja tożsamości a pozostałe komponenty samooceny

$N = 409$	$R = 0{,}65$ $R^2 = 0{,}42$ Popraw. $R2 = 0{,}42$ $F(4, 404) = 73{,}60$ $p < 0{,}000$ Błąd std. estymacji: 3,87					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(404)$	p
Wyraz wolny			4,12	1,67	2,47	0,013**
Zdolności przywódcze	0,16	0,05	0,15	0,04	3,39	0,001***
Samokontrola	0,20	0,05	0,20	0,05	4,08	0,000***
Atrakcyjność fizyczna	0,30	0,05	0,26	0,04	6,61	0,000***
Obronne wzmacnianie samooceny	0,25	0,04	0,17	0,03	5,87	0,000***

* $p \leq 0{,}05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0{,}01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0{,}001$ – bardzo wysoka istotność

8.7.10. Obronne wzmacnianie samooceny

Przedstawione w tabeli 139 wyniki analizy regresji pokazują, iż istnieją 3 predyktory spośród wprowadzonych do analizy wyjaśniające 23% wariancji zmiennej zależnej. Przeprowadzone testy ujawniają, iż wzrostowi poziomu obronnego wzmacniania samooceny towarzyszą spadek poziomu stresu oraz zmniejszenie częstości stosowania strategii zażywanie substancji psychoaktywnych i wykorzystywania stylu unikowego (tabela 139).

Tabela 139. Obronne wzmacnianie samooceny a poziom stresu, strategie i style radzenia
sobie ze stresem

$N = 395$	$R = 0,47$ $R^2 = 0,23$ Popraw. $R2 = 0,23$ $F(4, 390) = 28,32$ $p < 0,000$ Błąd std. estymacji: 6,62					
	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. z b	$t(390)$	p
Wyraz wolny			61,51	2,12	29,01	0,000***
Poziom stresu	–0,22	0,05	–0,32	0,07	–4,85	0,000***
Strategia zażywanie substancji psychoaktywnych	–0,18	0,05	–1,65	0,42	–3,89	0,000***
Styl skoncentrowany na unikaniu	–0,36	0,06	–0,27	0,05	–5,84	0,000***

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

Analiza wyników badań nad składowymi samooceny i obronnym wzmacnianiem samooceny pokazuje, iż wzrostowi poziomu obronnego wzmacniania tożsamości towarzyszą spadek poziomu zdolności przywódczych, intensywny wzrost poziomu samoakceptacji moralnej i nieco mniejszy wzrost w zakresie

samokontroli i integracji tożsamości. Łącznie 4 wskazane predyktory wyjaśniają 36% wariancji zmiennej zależnej (tabela 140).

Tabela 140. Obronne wzmacnianie samooceny a pozostałe komponenty samooceny

$N = 409$	$R = 0,60$ $R^2 = 0,36$ Popraw. $R2 = 0,36$ $F(4, 404) = 57,66$ $p < 0,000$ Błąd std. estymacji: 6,03					
	b^*	Bl. std. z b^*	b	Bl. std. z b	$t(404)$	p
Wyraz wolny			21,00	2,38	8,83	0,000***
Zdolności przywódcze	–0,17	0,05	–0,24	0,07	–3,69	0,000***
Samokontrola	0,20	0,05	0,30	0,08	3,87	0,000***
Samoakceptacja moralna	0,40	0,05	0,51	0,06	8,33	0,000***
Integracja tożsamości	0,20	0,05	0,29	0,07	4,00	0,000***

* $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna; ** $p \leq 0,01$ – wysoka istotność statystyczna; *** $p \leq 0,001$ – bardzo wysoka istotność

9. Analiza i interpretacja wyników badań

9.1. Poziom stresu oraz analiza uwarunkowań trendu

Wyniki badań nad poziomem stresu mierzonym standaryzowanym kwestionariuszem badawczym PSS-10 pokazują, iż w ogólnym rozrachunku uzyskane rezultaty wpisują się w rozkład normalny. Przeliczone wyniki wskazują, iż dominują tu wartości powyżej przeciętnych i przeciętne, świadczące o tendencji do odczuwania nadmiernego stresu, nieodpowiednich mechanizmach adaptacyjnych i obronnych, niepozwalających na uzyskanie stanu względnej homeostazy w badanym okresie życia, o odczuwaniu wzmożonego stresu, przeciążenia przez badanych. Trend ten występuje w podziale grupowym z uwzględnieniem zmiennych demograficznych i przyjmuje różne nasilenie wśród badanych.

Badając związki pomiędzy poziomem stresu a płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania, pozycją zawodową, sposobem protezowania i głębokością niedosłuchu, nie stwierdzono żadnych istotnych statystycznie, a jedynie trend dotyczący zmiennej pozycja zawodowa. W próbie uczniów i studentów zauważa się nieco niższy poziom odczuwanego stresu niż w grupie osób niepracujących. Uzyskany wynik sugeruje, iż wkraczając w dorosłe życie, osoby z uszkodzonym słuchem muszą się mierzyć z liczniejszymi przeciwnościami losu. Od tego, czy będą mogły wypełniać role zawodowe, mieć poczucie przynależności, uzyskać

wsparcie specyficznego środowiska – środowiska pracy – może zależeć poziom odczuwania przez nie napięć, frustracji.

Wyniki badań nad strategiami walki ze stresem pokazują, że w próbie osób niepracujących do najczęściej stosowanych należą poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, emocjonalnego i aktywne radzenie sobie ze stresem. Wśród uczniów/studentów najczęściej stosowaną strategią jest akceptacja, potem poszukiwanie wsparcia instrumentalnego i emocjonalnego. Wydaje się zatem zasadne stwierdzenie, iż przejście od pasywnej strategii (akceptacji) do aktywnej (aktywne radzenie sobie ze stresem) może nadwyrężać siły organizmu.

Analiza wyników badań dotyczących stylów walki ze stresem wykazała, że badani z obu grup słabo koncentrują się w walce ze stresem na zadaniu, przeciętnie – na emocjach, mocno – na unikaniu, a tu szczególnie angażują się w czynności zastępcze. Nasuwa się zatem interpretacja, iż aktywność jako dominująca strategia w rozwiązywaniu problemu w grupie niepracujących faktycznie jest wykorzystywana, ale ma wymiar związany *de facto* z podejmowaniem czynności innych, niż wymaga sytuacja stresowa, gdyż jednocześnie dominuje w tej próbie styl unikowy polegający na podejmowaniu czynności zastępczych. Aktywność ta ma niewiele wspólnego z faktycznym trudem i angażowaniem się w przezwyciężanie sytuacji trudnej.

Konfrontując powyższe z samooceną osób niepracujących i uczniów/studentów, zauważa się, iż w obu grupach w większości obszarów samooceny dominują wyniki poniżej przeciętnych (przewagę wyników przeciętnych notuje się jedynie w obszarach integracja tożsamości i obronne wzmacnianie samooceny). Istotność statystyczną różnic międzygrupowych (uczniów/studentów i niepracujących) notuje się dla obszaru witalność. Tu osoby niepracujące osiągają istotnie niższe rezultaty. Zestawiając dane dotyczące samooceny z poziomem stresu w próbie niepracujących, można zauważyć, iż respondentom tym brakuje również własnych zasobów (tu w postaci adekwatnego obrazu siebie), by skutecznie przezwyciężać stres, a przede wszystkim mieć odwagę, aby podejmować aktywność.

Niemożność pełnej samorealizacji wpływa negatywnie na odczuwanie stresu. Podejrzewa się, iż osoby niepracujące z jednej strony dążą do wypełniania ról społecznych, pełnej niezależności, w tym finansowej, a jednocześnie nie podejmując czy nie mogąc podjąć zatrudnienia, czują bezradność, napięcie. Ale niezależność wiąże się również z utratą wsparcia takiego, jakim dysponują uczniowie/studenci. Grono specjalistów, rodzina, grupy rówieśnicze, codzienne przebywanie w znajomym i bliskim otoczeniu tworzą przewidywalną i stabilną rzeczywistość. Stosowanie strategii skoncentrowanej na poszukiwaniu wsparcia u uczniów/studentów mogło dawać pozytywne rezultaty, trwanie przy nich w późniejszym okresie, kiedy bufor społecznych zasobów jest mniej dostępny i uszczuplony, może przyczyniać się także do niepowodzeń w przezwyciężaniu trudności i odczuwania wzmożonego stresu. Ponadto niski poziom stresu w próbie uczniów i studentów z jednej strony wskazuje, iż wiodą oni życie relatywnie pozbawione nieprzyjemnych odczuć i silnych negatywnych napięć, utrzymują homeostazę, z drugiej strony może świadczyć o tym, iż osoby te nie są wystarczająco przygotowane do wejścia w role społeczno-zawodowe. Wraz z przejściem w nowy etap życia, w którym powinny podjąć pracę zawodową, wypełniać nowe obowiązki, a czego robić z różnych względów nie mogą, zaczynają reagować napięciem, podwyższonym poziomem stresu, rozchwianiem psychicznym.

Powyższe analizy ukazują, iż to nie wiek badanych, lecz kwestia braku podejmowania odpowiedzialności zawodowej, poszukiwania i utrzymywania pracy oraz całego bagażu obowiązków związanych z rolą pracownika może powodować podwyższenie poziomu stresu. Może to obrazować zderzenie braku umiejętności odnalezienia się na rynku pracy i wykorzystania własnego potencjału oraz nieadekwatności procesu kształcenia do realnych możliwości podmiotów z jednoczesnym zauważaniem potrzeby podejmowania działań pozwalających na zapewnienie sobie odpowiedniej jakości życia czy bycia odpowiedzialnym.

9.2. Strategie, style walki ze stresem a samoocena

9.2.1. Ogółem

Wyniki badań nad strategiami walki ze stresem ukazują, iż badani w momencie zaistnienia sytuacji trudnej koncentrują się na poszukiwaniu wsparcia instrumentalnego, następnie na aktywnym przezwyciężaniu problemu i poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego. Jest to wyrazem dążenia do wzmocnienia siebie, zabezpieczania zasobów, ich powiększania o zasoby niematerialne, czerpane głównie z relacji z innymi osobami. Badania pokazują, iż respondenci bardzo mocno ograniczają sięganie po substancje psychoaktywne w rozwiązywaniu problemów (taki trend panuje też w analizach względem wyróżnionych w pracy zmiennych), stosunkowo rzadko również zaprzestają działań i wyładowują własne frustracje, co z jednej strony ukazuje, że potrafią się kontrolować, z drugiej może oznaczać kumulowanie negatywnych uczuć i podnoszenie poziomu stresu.

W badanej próbie największy udział w radzeniu sobie ze stresem ma styl skoncentrowany na unikaniu, a tu można dookreślić, iż bardziej polega on na angażowaniu się w czynności zastępcze niż poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Neutralną rolę ogrywa styl skoncentrowany na emocjach, natomiast osoby badane słabo koncentrują swój wysiłek na zadaniu i próbie rozwiązania problemu. Konfrontując powyższe ze strategiami stosowanymi w walce ze stresem, można domniemywać, iż badani generalnie wykazują potrzebę wsparcia, ale ukierunkowaną na przejęcie odpowiedzialności przez innych, a nie sam kontakt towarzyski. Angażowanie się w czynności zastępcze może

pokazywać, iż działania podejmowane w celu rozwiązania problemu (aktywne poszukiwanie rozwiązań) co prawda zajmują badanych i ukazują ich aktywność, ale nie jest to koncentracja na faktycznym problemie i jego rozwiązaniu, lecz jedynie odsuwanie i tworzenie niejako pozorów działalności poprzez wykonywanie innych zadań.

Podsumowując wyniki dotyczące samooceny badanych w próbie ogółem, stwierdza się, iż samoocena ogólna wartościowana jest jako przeciętna. Przeciętne, z tendencją do słabych, są również oceny takich jej obszarów, jak: atrakcyjność fizyczna, integracja tożsamości oraz ogólne wzmacnianie samooceny. W przypadku pozostałych obszarów – tj. kompetencje, bycie kochanym, popularność, zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna i witalność – zauważa się przewagę obserwacji poniżej wartości przeciętnych, świadczących o uzyskiwaniu przez respondentów wyników od bardzo niskich po obniżone. Wyniki badań są dość niepokojące. Samoocena jako zasób osobisty pozwala skuteczniej podejmować zadania, walczyć z trudnościami, jest obrazem funkcjonowania społecznego, stanowi bufor ochronny dla człowieka. Tymczasem ogólny poziom samooceny jest wprawdzie przeciętny, ale w 7 z 10 obszarów stwierdza się niski poziom wyników, a w przypadku trzech – przeciętny z tendencją do niskiego. Niskie wyniki wiąże się z obszarami silnie skorelowanymi z sytuacją społeczną badanych, wyższe – z ogólnymi mechanizmami związanymi z utrzymaniem spójności samooceny czy jej wzmacnianiem.

9.2.2. Płeć

Pomiędzy grupami kobiet i mężczyzn zauważa się różnicę w triadzie najczęściej stosowanych strategii polegającą na tym, iż kobiety jako pierwszą strategię stosują poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, czyli dążenie do uzyskania informacji, podniesienia poziomu własnych kompetencji do walki z problemem; w próbie mężczyzn jest to akceptacja jako wyraz pogodzenia się z zaistniałą sytuacją. Kolejne wybory w obu próbach to aktywne przezwyciężanie problemu, następnie wśród kobiet planowanie, a wśród mężczyzn poszukiwanie wsparcia instrumentalnego. Wśród najrzadziej stosowanych strategii poza wspominanym już zażywaniem substancji psychoaktywnych w próbach pojawia się zaprzestanie działań – wyraz poddania się w obliczu trudności. Kobiety nieczęsto wykorzystują też strategię poczucie humoru, rzadko bagatelizują problem, nie czynią z niego obiektu żartów, a mężczyźni stosują zaprzeczanie, mocno związanie z wypieraniem istnienia problemu poprzez negację jego faktycznego istnienia. Wśród czynników u kobiet jeszcze mocniej rysuje się poszukiwanie wsparcia, u mężczyzn nadal dominuje akceptowanie zaistniałej sytuacji. Najrzadszy w obu grupach jest czynnik bezradność, interpretowany jako niemoc sprawcza.

Analizy statystyczne pokazują, iż czynnik, jakim jest płeć, istotnie różnicuje wyniki badań prób zarówno w zakresie strategii, jak i strategii zgrupowanych w czynniki. Biorąc pod uwagę nie tyle hierarchię, ile intensywność (częstość) stosowania strategii, zauważa się, iż kobiety istotnie częściej niż mężczyźni wykorzystują takie strategie walki ze stresem, jak: planowanie, pozytywne przewartościowanie, zwrot ku religii, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego oraz wyładowywanie. Najmocniejszy związek stwierdza się dla strategii pozytywne przewartościowanie. Tym samym profil radzenia sobie ze stresem kobiet jest bardziej

zróżnicowany, ma większą dynamikę niż profil mężczyzn. Czynnikami, czyli zgrupowanymi strategiami, które istotnie różnicowały wyniki mężczyzn i kobiet, były aktywne radzenie sobie ze stresem, poszukiwanie wsparcia oraz zwrot ku religii. Kobiety istotnie częściej i intensywniej stosowały wyłonione czynniki. Najmocniejszy związek z tą płcią wykazano w przypadku czynnika aktywne radzenie sobie ze stresem. Biorąc pod uwagę poziom stresu w próbach kobiet i mężczyzn, brak istotności związków statystycznych i jakościową interpretację pozwalającą na stwierdzenie dominacji wyników przeciętnych z tendencją do podwyższania się, można domniemywać, iż strategie stosowane przez kobiety i mężczyzn, ich natężenie, po pierwsze, nie pozwalają na utrzymanie prawidłowego poziomu stresu, po drugie, nie różnicują poziomu stresu w grupach, po trzecie, tendencje w ich wykorzystywaniu mogą wynikać z różnic międzypłciowych.

Style walki ze stresem mężczyzn i kobiet przeciętnie skupiają się na zadaniu, mocno zaś koncentrują się na emocjach i unikaniu. Mężczyźni słabo koncentrują działania na angażowaniu się w czynności zastępcze, a kobiety przeciętnie, natomiast w wynikach badań obu płci również widać, iż słabo koncentrują się na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. W analizach związków pomiędzy płcią a stylami walki ze stresem odnajduje się informację, iż czynnik, jakim jest płeć, istotnie różnicuje próby. Inna zatem jest dynamika stosowania stylów walki ze stresem u kobiet, inna u mężczyzn. Istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy płcią a podstylem stylu unikowego poszukiwanie kontaktów towarzyskich – kobiety stosują go znacznie intensywniej niż mężczyźni. Biorąc pod uwagę style walki ze stresem i strategie pokonywania trudności w obu grupach, stwierdza się, iż dynamika funkcjonowania podszyta jest sporą emocjonalnością, a podejmowane czynności zmierzające do pokonania stresu bardziej polegają na angażowaniu uwagi, planowaniu, poszukiwaniu informacji, a mniej na faktycznym rozwiązywaniu problemu, raczej odsuwaniu go, unikaniu.

Wśród mężczyzn wyniki dla samooceny i jej komponentów przesuwają się w stronę wartości od przeciętnych do niskich w przypadku wszystkich obszarów samooceny oraz samooceny ogólnej, poza komponentem atrakcyjność fizyczna, gdzie dominują wyniki przeciętne. Wśród kobiet wyniki poniżej przeciętnych dominują w obszarach: kompetencje, bycie kochanym, popularność, zdolności przywódcze, samoakceptacja moralna (słabsza tendencja do przesunięcia wyników w stronę wartości niskich niż wśród mężczyzn). W zakresie samooceny ogólnej wśród kobiet większy odsetek uzyskuje wyniki powyżej przeciętnych i przeciętne dla obszarów: samokontrola, atrakcyjność fizyczna, witalność i integracja tożsamości oraz obronne wzmacnianie samooceny.

Płeć istotnie różnicuje wyniki badań nad samooceną oraz jej komponentami. Ujawnia się trzy istotne statystycznie różnice międzygrupowe: w zakresie bycia kochanym, samoakceptacji moralnej oraz obronnego wzmacniania samooceny, gdzie kobiety uzyskują istotnie wyższe wyniki niż mężczyźni.

9.2.3. Wiek

Analizując wyniki badań nad strategiami radzenia sobie ze stresem według kryterium wieku, stwierdza się, iż w młodszej próbie dominująca triada to strategie bierno-pasywne (akceptacja, zajmowanie się czymś innym oraz planowanie); triada u osób starszych ukazuje większy poziom bezpośredniego zaangażowania w pozyskanie zasobów i rozwiązywanie problemu (aktywne radzenie sobie ze stresem, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego oraz emocjonalnego). W obu próbach oprócz zażywania substancji psychoaktywnych rzadko stosuje się zaprzestanie działań; wśród młodszych badanych rzadko pojawia się również zaprzeczanie, a wśród starszych – poczucie humoru. Wśród czynników w grupie młodszej dominuje akceptacja, a w starszej – poszukiwanie wsparcia, w obu natomiast najrzadziej pojawia się bezradność. Dynamika stosowanych strategii jest porównywalna w próbach. Uznaje się, że wiek nie różnicuje wyników badań w zakresie strategii i czynników. Jedyną różnicę międzygrupową stwierdza się dla strategii aktywne radzenie sobie ze stresem – osoby starsze są zdecydowanie bardziej nastawione na taki rodzaj przezwyciężania trudności. Konfrontując strategie stosowane w grupach uwzględniających kryterium wieku, zauważa się, iż dobór sposobów walki ze stresem nie pozwala na utrzymanie prawidłowego poziomu stresu. Pomimo różnic w hierarchii stosowania strategii dynamika profilowa grup jest zbliżona.

Wyniki badań nad stylami radzenia sobie ze stresem pokazują, iż istnieje istotny i mocny związek statystyczny pomiędzy wiekiem badanych a stylami walki ze stresem. Młodsza próba istotnie mocniej niż starsza przejawia w walce ze stresem styl skoncentrowany na unikaniu oraz jego podstyl angażowanie się w czynności zastępcze.

W jakościowo-profilowym ujęciu badani w wieku młodzieńczym w przezwyciężaniu stresu umiarkowanie koncentrują się na zadaniu, mocno na emocjach i unikaniu, słabo na angażowaniu się w czynności zastępcze oraz na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Osoby w wieku wczesnej dorosłości cechuje umiarkowany poziom stylu skoncentrowanego na zadaniu, wyższy na emocjach i unikaniu konfrontacji z problemem. W angażowaniu się w czynności zastępcze rozkład wyników jest równy dla wyników przeciętnych, poniżej i powyżej przeciętnych, co nie pozwala na określenie przewagi któregoś z poziomów, natomiast udział w walce ze stresem stylu ukierunkowanego na poszukiwanie kontaktów towarzyskich można określić jako niski.

Konfrontując wyniki badań młodszej próby nad stylami i strategiami, zauważa się, że bardzo dobrze korespondują z sobą, nie zmieniając charakteru i dynamiki funkcjonowania, nie nadając nowego znaczenia. W próbie starszej preferowane są strategie aktywne i skoncentrowane na poszukiwaniu wsparcia, ale podszyte emocjonalnością i zdominowane stylem unikowym. Podejmowane aktywności *de facto* służą nie tyle faktycznemu rozwiązaniu problemu, ile odciążeniu siebie, przerzuceniu odpowiedzialności i stworzeniu pozorów walki z trudnościami.

Podsumowując analizy dotyczące związku zmiennej wiek z samooceną ogólną oraz jej komponentami, należy stwierdzić, iż istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy wiekiem a samooceną i jej komponentami. W wynikach samooceny ogółem obu prób dominują wartości przeciętne, przy czym w próbie osób w wieku młodzieńczym zauważa się przesunięcie wyników w stronę wartości niższych, a wśród osób w wieku wczesnej dorosłości – w stronę wartości wyższych. Osoby młodsze nisko oceniają własne kompetencje, starsi – przeciętnie, z wyraźnym przesunięciem w stronę wyników niskich. Bycie kochanym badani z obu prób oceniają przeciętnie, z przesunięciem w stronę wyników niskich, przy czym dla tego obszaru stwierdza się istotność różnic w grupach – starsi uzyskują wyższe rezultaty niż badani w wieku młodzieńczym. Popularność oraz zdolności przywódcze w obu grupach oceniane są nisko. Samokontrola w

grupie osób w wieku młodzieńczym oceniana jest nisko, w wieku wczesnej dorosłości – przeciętnie, z przesunięciem w stronę wartości niskich. Dla tego obszaru stwierdza się istotność różnic międzygrupowych. Badani z próby starszej istotnie wyżej oceniają obszar samokontrola niż badani w wieku młodzieńczym. W zakresie samoakceptacji moralnej grupa młodsza uzyskuje bardzo niskie wyniki, próba starszych również uzyskuje przewagę wyników niskich, jednak nie jest to aż tak mocny trend. Dla tego obszaru stwierdza się istotność statystyczną różnic międzygrupowych: badani w wieku wczesnej dorosłości uzyskują istotnie wyższe wyniki niż osoby w wieku młodzieńczym. Atrakcyjność fizyczna oceniana jest przeciętnie, z widocznym trendem przesuwającym wyniki próby starszej w stronę wartości niskich. Przewagę wyników niskich badani z obu prób uzyskują w obszarze witalność, przeciętnych – dla integracji tożsamości. W przypadku obronnego wzmacniania samooceny dominują wyniki przeciętne z zaznaczeniem istnienia istotności różnic międzygrupowych dla wyników w niniejszym obszarze: osoby starsze uzyskują istotnie wyższe wyniki w obszarze obronnego wzmacniania samooceny niż osoby młodsze.

9.2.4. Miejsce zamieszkania

Wyniki badań grup różnicowanych zmienną miejsce zamieszkania ukazują, iż osoby pochodzące ze wsi mocno ukierunkowują działania na strategie związane ze wzmacnianiem zasobów poprzez poszukiwanie wsparcia i akceptację zaistniałej sytuacji, niejako przerzucając ciężar odpowiedzialności na osoby z otoczenia i nie angażując się w rozwiązywanie problemu. Pomimo iż na pierwszym miejscu znajduje się u nich strategia poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (i czynnik poszukiwanie wsparcia), profil wskazuje raczej na niewykorzystywanie pozyskanych zasobów w walce ze stresem, a dostarczone wsparcie, chociaż łagodzi skutki stresu, nie wyzwala sił sprawczych do angażowania się w zadanie. Wśród respondentów z małych miast dominują natomiast strategie dynamicznego przezwyciężania problemów, takie jak: aktywne radzenie sobie ze stresem, planowanie, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego. W hierarchii osób pochodzących z dużych miast na pierwszym miejscu znajduje się zajmowanie się czymś innym jako wyraz chęci odwrócenia uwagi od problemu, choć w konfrontacji z kolejnymi strategiami (planowanie oraz aktywne radzenie sobie ze stresem) bardziej adekwatną interpretacją zdaje się ta mówiąca o ilości obowiązków i jakby przesunięciu rozwiązania problemu w czasie, a nie wypieraniu jego istnienia. Wśród badanych z małych i dużych miast dominuje czynnik aktywne radzenie sobie ze stresem. We wszystkich grupach najrzadziej stosowaną strategią jest zażywanie substancji psychoaktywnych, ale kolejne miejsca w dole hierarchii zajmowane są przez zaprzestanie działań i zaprzeczanie. Najrzadziej wykorzystywanym czynnikiem jest bezradność.

Analizy związków pomiędzy zmienną miejsce zamieszkania a strategiami i czynnikami radzenia sobie ze stresem pokazują, iż

zmienna ta nie różnicuje wyników badań prób. Dynamika stosowanych strategii jest porównywalna, choć istnieją istotne statystycznie różnice międzygrupowe. Badani z małych miast intensywniej stosują strategię aktywne radzenie sobie ze stresem niż osoby pochodzące ze wsi, te natomiast rzadziej stosują strategię planowanie niż osoby pochodzące z małych i dużych miast, jak również rzadziej od badanych z małych miast – strategię pozytywne przewartościowanie. Pochodzący z dużych miast istotnie rzadziej niż osoby ze wsi stosują strategię zaprzeczanie i rzadziej strategię zaprzestanie działań. Analiza związków pomiędzy czynnikami radzenia sobie ze stresem a miejscem zamieszkania pokazała, iż osoby pochodzące z miast zarówno dużych, jak i małych istotnie mocniej ukierunkowują działania na aktywne radzenie sobie ze stresem niż badani pochodzący ze wsi.

Wszystko to nie pozwala na utrzymanie względnie prawidłowego poziomu stresu, zapewnienie komfortu funkcjonowania. Zmienna, jaką jest miejsce zamieszkania, nie tylko nie różnicuje wyników badań nad poziomem stresu, ale także nad dynamizmem stosowania strategii walki z mim (choć istnieją nieliczne różnice międzygrupowe).

Wyniki badań nad stylami radzenia sobie ze stresem osób z uszkodzonym słuchem z uwzględnieniem kryterium miejsce zamieszkania pokazują, iż badani z wszystkich trzech grup przejawiają przeciętny poziom stylu skoncentrowanego na zadaniu, mocniej ukierunkowują się w stronę stylu skoncentrowanego na emocjach i unikaniu, przy czym unikanie konfrontacji z problemem nie jest mocno powiązane z ukierunkowaniem działania na zaangażowanie się w czynności zastępcze czy poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Analizy statystyczne związków pomiędzy miejscem zamieszkania a stylami walki ze stresem pokazują, iż zmienna nie różnicuje wyników prób. Istnieją jednak różnice międzygrupowe ujawnione w testach *post hoc*. Osoby z dużych miast mocniej niż pochodzące ze wsi ukierunkowują się w pokonywaniu stresu na

styl skoncentrowany na unikaniu oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Konfrontując style i strategie walki ze stresem, można zauważyć, iż poziomy zaangażowania stylów w przezwyciężanie trudności dyktują dynamikę i charakter stosowanych strategii. Respondenci z małych miast, wybierając aktywne sposoby przezwyciężania problemu, planowanie i poszukiwanie wsparcia, jednocześnie przejawiają przeciętny poziom koncentracji na zadaniu, ale wyższy na emocjach i unikaniu. Bardziej przy tym skupiają uwagę na czynnościach powiązanych z problemem, takich jak planowanie rozwiązań czy zdobywanie zasobów do walki ze stresem, niż na innych czynnościach, angażujących siły i odciągających od trudności. Badani z dużych miast dążą do odroczenia, odsunięcia problemu. Zajmują się czymś innym lub planują, wyrażając tym samym unikowy styl walki ze stresem, a ich aktywność podszyta jest też emocjonalnością. Style i strategie walki ze stresem respondentów ze wsi mocno z sobą korespondują, podkreślając bierno-pasywny charakter działań.

Analizując wyniki badań nad samooceną i jej obszarami w kontekście miejsca zamieszkania, stwierdza się w zakresie samooceny ogólnej dla prób pochodzących z dużych i małych miast trend obniżonej samooceny. W próbie pochodzącej ze wsi dominują wyniki przeciętne. W przypadku obszarów bycie kochanym oraz popularność we wszystkich grupach dominują wyniki poniżej przeciętnych. W obszarze kompetencje notuje się przewagę wyników przeciętnych w próbie pochodzącej ze wsi, w pozostałych dominują wyniki poniżej przeciętnych. Podobne rozkłady wyników notuje się także dla obszarów zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna i witalność. W obszarze atrakcyjność fizyczna wśród wyników próby z dużych miast przeważają te poniżej przeciętnych, dla pozostałych notuje się przewagę przeciętnych. Wyniki przeciętne dominują w obszarach integracja tożsamości i obronne wzmacnianie samooceny we wszystkich grupach.

9.2.5. Pozycja zawodowa

Jak już wcześniej zaznaczano, różnice pomiędzy próbami uczniów/studentów i niepracujących mogą wpływać na poziom odczuwanego stresu. Strategie stosowane przez uczniów/studentów pozwalają na utrzymywanie niższego poziomu stresu, a brak istotności różnic pomiędzy uczniami/studentami i czynnymi zawodowo oraz czynnymi zawodowo i niepracującymi pokazuje, iż próba pracujących zachowuje niejako neutralność i autonomię. Jednocześnie stwierdza się, iż grupa ta przejawia większą stabilność psychiczną i równowagę niż osoby niepracujące. Pozostawanie czynnym zawodowo może być interpretowane jako zasób pozwalający relatywnie dobrze funkcjonować. Strategie walki ze stresem są odpowiednio dobierane, a ich stosowanie przynosi korzyści. Wśród najczęściej stosowanych w tej grupie strategii wymienia się: aktywne radzenie sobie ze stresem, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego oraz instrumentalnego. Badani ukierunkowują zatem swoje działania na rozwiązanie problemu, mocno doposażając zasoby walki ze stresem, poszukując wsparcia (dominujący czynnik) i adekwatnie z nich korzystając.

Uczniowie/studenci najchętniej korzystają z pasywnych rozwiązań. Jak wynika z wcześniejszych omówień, najczęściej akceptują zaistniałą sytuację (dominująca strategia i czynnik), nie próbują podejmować trudów rozwiązania problemu, lecz zwracają się o wsparcie instrumentalne i emocjonalne. Takie zachowania nie potęgują odczuwania stresu, ale też nie zapewniają jego niskiego poziomu. Osoby te nie doświadczają negatywnych emocji nawet w przypadku trudności, przyjmują wydarzenia, nie rozpamiętują, nie zależy im na angażowaniu własnych zasobów w walkę ze stresem, a raczej ukierunkowują działania na zachowanie pozytywnej energii, mają dystans do problemu.

W przypadku badanych czynnych zawodowo i uczniów/studentów do strategii najrzadziej wykorzystywanych – poza stosowaniem substancji psychoaktywnych – należą zaprzestanie działań i zaprzeczanie oraz czynnik bezradność. Osoby niepracujące mocniej ukierunkowują działania na poszukiwanie wsparcia instrumentalnego i emocjonalnego niż pozostali badani (najczęściej stosowana strategia i czynnik), następnie wybierają aktywne radzenie sobie ze stresem. Triada stosowanych strategii jest bardzo podobna do triady osób pracujących, co może być spowodowane podobnym stopniem dojrzałości, jednak pozostawanie niepracującym pozbawia zaplecza zasobowego zarówno własnego, jak i społecznego, a aktywność w pokonywaniu trudności jest ukierunkowana na angażowanie się w czynności zastępcze. Jest to także jedyna grupa, u której na ostatnim miejscu w hierarchii występują styl i czynnik poczucie humoru.

Dalsze analizy pozwalają stwierdzić, iż zmienna pozycja zawodowa istotnie różnicuje wyniki prób. Inna jest zatem dynamika stosowania strategii i czynników walki ze stresem wśród uczniów/studentów, osób pracujących i niepracujących. Uczniowie/studenci intensywniej stosują strategię poczucie humoru niż osoby pracujące; osoby niepracujące z kolei częściej niż pracujący stosują strategię zaprzeczanie i osoby niepracujące istotnie częściej stosują strategie zaprzestanie działań niż uczniowie/studenci oraz osoby pracujące. Czynni zawodowo stosują czynnik bezradność istotnie rzadziej niż osoby niepracujące, a poczucie humoru – rzadziej niż uczniowie/studenci.

Analizując style radzenia sobie ze stresem w podziale według pozycji zawodowej, należy stwierdzić, iż zarówno uczniowie/studenci, jak i osoby pracujące oraz niepracujący słabo koncentrują się w walce ze stresem na zadaniu, prezentują przeciętny poziom stylu skoncentrowanego na emocjach, wysoki poziom stylu skoncentrowanego na unikaniu problemu. Wśród uczniów/studentów i osób czynnych zawodowo zauważa się przesunięcie wyników w stronę wysokich dla stylu

skoncentrowanego na angażowaniu się w czynności zastępcze, podczas gdy wśród niepracujących styl ten wręcz dominuje wśród pozostałych służących walce ze stresem. Uczniowie/studenci słabo koncentrują się na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich, osoby czynne zawodowo i niepracujące – przeciętnie.

Analizy istotności związków pozwalają stwierdzić, iż zmienna, jaką jest pozycja zawodowa, istotnie różnicuje wyniki prób. Osoby niepracujące istotnie intensywniej stosują styl skoncentrowany na emocjach niż osoby czynne zawodowo. Uczniowie/studenci istotnie intensywniej stosują styl skoncentrowany na unikaniu niż badani pracujący i niepracujący. Osoby czynne zawodowo i niepracujące istotnie słabiej angażują się w czynności zastępcze niż uczniowie/studenci. Pracujący istotnie mocniej niż niepracujący w obliczu stresu koncentrują się na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich.

Konfrontując wyniki badań nad stylami i strategiami walki ze stresem, stwierdza się, iż w młodszej próbie style korespondują ze strategiami, nie zmieniwszy sensu czy podtekstu stosowanych rozwiązań. Panują tu pasywne podejście do stresu, styl unikowy przejawiający się akceptacją sytuacji i poszukiwaniem wsparcia oraz kontaktów towarzyskich w celu odciążenia i zmniejszenia odpowiedzialności za rozwiązanie problemu. Wśród osób czynnych zawodowo i niepracujących dominują strategie skoncentrowane na poszukiwaniu rozwiązań, jednak przy słabej koncentracji na zadaniu. Poniekąd konflikt pomiędzy potrzebą angażowania się a wysokim poziomem stylu unikowego oraz podszycie w znacznym stopniu emocjonalnością w próbie osób niepracujących mogą podwyższać poziom stresu.

Podsumowując wyniki badań nad samooceną i jej obszarami w podziale według zmiennej pozycja zawodowa, stwierdza się, iż zmienna ta istotnie różnicuje wyniki prób. Osoby pracujące mają istotnie wyższą samoocenę ogólną niż niepracujące i uczniowie/studenci. W grupie badanych pracujących w przypadku ogólnej samooceny dominują wyniki powyżej przeciętnych, w próbie niepracujących – przeciętne, a w próbie uczniów/studentów – poniżej przeciętnych. W zakresie kompetencji wśród osób

pracujących zauważa się niewielką dominację wyników powyżej przeciętnych, wśród osób niepracujących i uczniów/studentów zdecydowanie dominują wyniki poniżej przeciętnych. Dla obszaru kompetencje stwierdza się istotność statystyczną różnic międzygrupowych. Osoby czynne zawodowo istotnie wyżej oceniają własne kompetencje niż niepracujący i uczniowie/studenci. W przypadku bycia kochanym w próbie osób czynnych zawodowo dominują wyniki przeciętne, wśród niepracujących i uczniów/studentów – poniżej przeciętnych. Także w tym obszarze stwierdza się istotność statystyczną różnic międzygrupowych: osoby czynne zawodowo istotnie wyżej oceniają obszar bycie kochanym niż niepracujący oraz uczniowie/studenci. W obszarze popularność we wszystkich próbach dominują wyniki poniżej przeciętnych. W zakresie samokontroli w grupie osób czynnych zawodowo stwierdza się dominację wyników przeciętnych, wśród osób niepracujących wyniki poniżej i powyżej przeciętnych równoważą się, a wśród uczniów/studentów dominują wyniki od bardzo niskich po obniżone. W obszarze samokontrola istotność statystyczna różnic międzygrupowych została wykazana dla próby osób czynnych zawodowo oraz uczniów/studentów: osoby czynne zawodowo istotnie wyżej oceniają samokontrolę niż uczniowie/studenci. W obszarze samoakceptacja moralna wśród osób czynnych zawodowo istnieje niewielka przewaga wyników powyżej przeciętnych nad wynikami poniżej przeciętnych ustalająca trend przesunięcia rezultatów pomiarowych w stronę wartości wyższych. Wśród niepracujących oraz uczniów/studentów przeważają wyniki z przedziału poniżej przeciętnych. Notuje się tu również istotność statystyczną związku pomiędzy zmiennymi samoakceptacja moralna i pozycja zawodowa: osoby czynne zawodowo uzyskują istotnie wyższe wyniki w zakresie samoakceptacji moralnej niż niepracujące oraz uczniowie/studenci. W obszarze atrakcyjność fizyczna wśród osób czynnych zawodowo dominują wyniki przeciętne, wśród niepracujących wyniki przeciętne i poniżej przeciętnych równoważą się, przesuwając rezultaty w stronę wartości niskich, w grupie uczniów/studentów przeważają wyniki

przeciętne. Stwierdza się tu istotność statystyczną różnic międzygrupowych: badani czynni zawodowo istotnie wyżej oceniają własną atrakcyjność fizyczną niż niepracujący. W obszarze witalność w próbie osób pracujących dominują wyniki przeciętne oraz poniżej przeciętnych (równoważąc się), w próbie osób niepracujących oraz uczniów/studentów – wyniki poniżej przeciętnych. Notuje się tu istotność statystyczną różnic międzygrupowych: osoby czynne zawodowo oraz uczniowie/studenci istotnie wyżej oceniają własną witalność niż niepracujące. W obszarach integracja tożsamości oraz obronne wzmacnianie samooceny we wszystkich próbach notuje się przewagę wyników przeciętnych. Stwierdza się tu w obu obszarach istotność różnic międzygrupowych w odniesieniu do prób osób czynnych zawodowo oraz uczniów/studentów: badani pracujący uzyskują istotnie wyższe wyniki w obszarach integracja tożsamości oraz obronne wzmacnianie samooceny niż uczniowie/studenci.

9.2.6. Sposób protezowania

Analizując wyniki badań nad strategiami walki ze stresem z uwzględnieniem rodzaju zastosowanej protezy słuchowej, można zauważyć, że wśród użytkowników aparatów słuchowych dominują strategie odsuwające problem. Dominującymi sposobami walki ze stresem są akceptacja (jako strategia i czynnik), następnie zajmowanie się czymś innym i planowanie. Najrzadziej badani sięgają po strategie zaprzeczanie i zaprzestanie działań (poza zażywaniem substancji psychoaktywnych) i czynnik bezradność. Walka ze stresem tym samym bardziej polega na zmniejszaniu jego wpływu na własne funkcjonowanie niż na wypieraniu jego istnienia.

Wśród użytkowników systemu implantu ślimakowego najczęściej wybieraną strategią jest poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (i czynnik poszukiwanie wsparcia), a kolejno zajmowanie się czymś innym oraz akceptacja. Osoby wzmacniają tym samym własne zasoby i wiedzę, zwiększają możliwości, ale wydaje się, że brakuje im sił, motywacji do podjęcia wyzwań, godzą się z zaistniałą sytuacją. Nie wypierają trudności i nie zaprzestają działań, nie reagują bezradnością w obliczu stresu. Wśród osób niekorzystających z protez zauważa się bardzo mocną tendencję do poszukiwania wsparcia (zarówno instrumentalnego, jak i emocjonalnego). Badani ci dążą do wzmocnienia swoich zasobów, ale angażują aktywność własną nie tyle w rozwiązanie problemu, ile w czynności zastępcze. Rzadko sięgają po substancje psychoaktywne, zaprzestają działań czy zaprzeczają istnieniu trudności. Nie przejawiają bezradności w obliczu stresu.

Na podstawie analizy związku pomiędzy rodzajem protezy a strategiami walki ze stresem należy uznać, iż dynamika profilowa wyróżnionych podgrup jest względnie porównywalna. Nie ma podstaw do stwierdzenia, iż rodzaj protezy różnicuje wyniki

badań, choć w analizach *post hoc* identyfikuje się pewne różnice międzygrupowe w radzeniu sobie ze stresem. Osoby implantowane istotnie częściej stosują strategię poszukiwanie wsparcia instrumentalnego niż niekorzystające z protez słuchowych, a strategię wyładowywanie – częściej niż osoby z aparatami.

Analizując wyniki badań nad stylami radzenia sobie ze stresem w podziale według zmiennej sposób protezowania, zauważa się, iż zmienna ta nie różnicuje wyników badań. Badani z wszystkich grup przejawiają niski poziom stylu ukierunkowanego na zadanie, przeciętny skoncentrowanego na emocjach. Respondenci z wszystkich grup mocno koncentrują aktywność na stylu ukierunkowanym na unikanie, stosunkowo mocno angażują się w czynności zastępcze, a umiarkowanie z tendencją do słabego – w poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Analizy statystyczne, choć nie pozwalają stwierdzić związku pomiędzy rodzajem protezy a stylami walki ze stresem, ukazują różnicę międzygrupową: osoby niekorzystające z protez istotnie mocniej ukierunkowują walkę ze stresem na styl skoncentrowany na emocjach niż osoby implantowane.

Konfrontując wyniki badań nad strategiami i stylami walki ze stresem w grupach różnicowanych sposobem protezowania, zauważyć należy, iż bardzo dobrze z sobą korespondują, style wyznaczają bardziej dynamikę zachowań, a strategie nadają charakter działaniom. Podobne są udział stylów i strategii w walce ze stresem we wszystkich grupach oraz ich dynamizm, który ukazuje tendencję do poszukiwania, wzmacniania zasobów, godzenia się ze stanem rzeczy, unikania odpowiedzialności za podjęcie działań.

Podsumowując wyniki badań nad samooceną i jej obszarami z uwzględnieniem zmiennej sposób protezowania, należy zaznaczyć, iż zmienna nie różnicuje wyników prób (brak istotności statystycznej różnic). W obszarze samoocena ogólna wśród osób implantowanych i aparatowanych stwierdza się dominację wyników z przedziału poniżej przeciętnych; wśród niekorzystających z protez istnieje równowaga wyników

przeciętnych i poniżej przeciętnych. Dla obszarów: kompetencje, bycie kochanym, popularność, zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna, witalność, stwierdza się we wszystkich grupach przesunięcie wyników w stronę wartości niskich. W przypadku atrakcyjności fizycznej w grupie osób z implantem dominują wyniki przeciętne, ale stwierdza się przewagę wyników niskich i obniżonych nad podwyższonymi oraz wysokimi. W pozostałych grupach dominują wyniki z obszaru od bardzo niskich po obniżone. We wszystkich grupach w obszarach integracja tożsamości i obronne wzmacnianie samooceny dostrzega się dominację wyników przeciętnych.

9.2.7. Głębokość niedosłuchu

Charakteryzując strategie walki ze stresem w grupach różnicowanych zmienną głębokość niedosłuchu, zauważa się, iż wśród osób z lekkim uszkodzeniem słuchu dominują aktywne sposoby walki ze stresem (strategia i czynnik pierwszego wyboru). Badani chętnie też ukierunkowują działania na planowanie i poszukują wsparcia instrumentalnego. Podejmują trud walki ze stresem, robią to według planu, uzupełniając własne zasoby o wiedzę, sposoby, możliwości, jakie uzyskują z otoczenia. Rzadko sięgają po środki psychoaktywne, zaprzestają działań czy zaprzeczają istnieniu problemu, nie przejawiają bezradności.

Wśród osób z umiarkowanym niedosłuchem triada najczęściej stosowanych strategii ukierunkowuje działania w stronę odsuwania problemu poprzez zajmowanie się innymi rzeczami czy czynnościami, jednocześnie badani poszukują wsparcia instrumentalnego i emocjonalnego (czynnik dominujący). Respondenci rzadko sięgają po środki psychoaktywne, rzadko stosują też zaprzeczenie. Najrzadziej pojawiającym się czynnikiem jest poczucie humoru; jest to również jedna z rzadziej stosowanych strategii. Świadczy to z jednej strony o poważnym podchodzeniu do problemu, niebagatelizowaniu go, a z drugiej strony o zbyt małej odwadze – niewystarczającej do podejmowania wyzwań, przejmowania odpowiedzialności i kontroli sytuacji w kontekście stresujących wydarzeń.

Osoby ze znacznym niedosłuchem w walce ze stresem najpierw dążą do wzmocnienia siebie poprzez poszukiwanie wsparcia (strategie i czynnik pierwszego wyboru), następnie sięgają po aktywne sposoby walki w trudnościami. Przejawiają ten rodzaj aktywności, który najpierw pozwala zgromadzić odpowiednie siły, a następnie podjąć walkę ze stresem. Rzadko sięgają po substancje psychoaktywne, nie są skłonne zaprzeczać zaistnieniu

problemu. Niezbyt popularnym wśród tych badanych sposobem przezwyciężania trudności jest też poczucie humoru. Świadczy to o poważnym stosunku do życia, niebagatelizowaniu problemów.

W próbie z głębokim niedosłuchem triada najczęściej stosowanych strategii pozwala domniemywać, iż badani próbują oddalić problem, nie podejmują trudu jego rozwiązania. Zazwyczaj akceptują trudność (najczęściej stosowana strategia i czynnik), wybierają strategie polegające na zajmowaniu się czymś innym. Często także poszukują wsparcia instrumentalnego. Mają jednak poważny stosunek do sytuacji stresogennych, rzadko bowiem stosują strategie polegające na zaprzestaniu działań i bagatelizowaniu problemu. Najrzadziej uciekają się do zażywania substancji psychoaktywnych. Nie przejawiają też bezradności w walce ze stresem.

Rozpatrując istnienie różnic między grupami wyodrębnionymi z uwzględnieniem zmiennej głębokość niedosłuchu, pomimo stwierdzonej istotności statystycznej związku badanych zmiennych (strategie walki ze stresem a głębokość niedosłuchu) nie zdecydowano się na przyjęcie hipotezy o różnicowaniu wyników badań prób. Analizy ujawniły zbyt mało różnic międzygrupowych, przy *p* zbliżonym do poziomu 0,05. Badania wykazały jedynie, iż osoby z głębokim niedosłuchem istotnie częściej stosują strategię zaprzeczanie oraz czynnik zachowania unikowe niż osoby z lekkim stopniem niedosłuchu.

Wyniki badań nad stylami walki ze stresem rozpatrywane z uwzględnieniem głębokości niedosłuchu pozwalają stwierdzić, iż zmienna ta istotnie różnicuje rozkłady danych wyodrębnionych grup. Domniemywa się, iż poziom angażowania stylów radzenia sobie ze stresem w grupach jest różny, nawet mimo podobnych tendencji do dominacji wyników przeciętnych, powyżej i poniżej przeciętnych.

Biorąc pod uwagę poziom stylu skoncentrowanego na zadaniu, w każdej z grup zauważa się słabą koncentrację na tym stylu w radzeniu sobie ze stresem. Jednocześnie ujawniony został istotny związek statystyczny pozwalający przyjąć, iż badani z lekkim niedosłuchem istotnie mocniej ukierunkowują działania

zmierzające do przezwyciężania sytuacji trudnych na styl zadaniowy niż osoby z umiarkowanym niedosłuchem. Badani przeciętnie przejawiają styl skoncentrowany na emocjach oraz dość mocno – skoncentrowany na unikaniu. Zdecydowanie mocniej angażują się w czynności zastępcze niż poszukują kontaktów towarzyskich.

Konfrontując style i strategie walki ze stresem w grupach różnicowanych stopniem niedosłuchu, zauważa się, iż wysoki poziom stylu unikowego i angażowania się w czynności zastępcze przy niskim poziomie stylu skoncentrowanego na zadaniu mocno koresponduje z dynamiką stosowania strategii odsuwających problem, pasywnych w kontekście jego faktycznego rozwiązania, wśród osób z umiarkowanym, znacznym i głębokim niedosłuchem. Wyniki pokazują, iż osoby z lekkim niedosłuchem intensywniej niż osoby z niedosłuchem głębokim przejawiają styl zadaniowy, ale nadal jego poziom określa się jako niski. Aktywność w tej grupie koncentruje się na czynnościach pobocznych, takich jak planowanie, poszukiwanie wsparcia. Domniemywa się też, że podejmowane czynności bardziej mają charakter zastępczych form niż skoncentrowany *stricte* na zadaniu i zmierzający do rozwiązania problemu.

Reasumując rozważania dotyczące samooceny i jej obszarów w związku ze zmienną głębokość niedosłuchu, należy stwierdzić, iż zmienna ta nie różnicuje wyników prób. W zdecydowanej większości obszarów dominują wyniki z przedziału od bardzo niskich po obniżone lub widoczne są tendencje do przesuwania rezultatów w stronę wartości niskich. Dominację wyników przeciętnych można stwierdzić jedynie dla ogólnej samooceny w próbie z lekkim niedosłuchem, a nawet zaobserwować przesunięcie wyników w stronę wartości wysokich. Wyraźne przesunięcie w stronę wyników wysokich rysuje się także w próbie osób z lekkim niedosłuchem w obszarze samoakceptacja moralna i tu w analizach *post hoc* odnajduje się dwie różnice międzygrupowe: osoby z lekkim niedosłuchem uzyskują istotnie wyższe wyniki niż osoby z niedosłuchem głębokim i umiarkowanym. W przypadku atrakcyjności fizycznej i integracji

tożsamości w grupach dominują wyniki przeciętne, choć biorąc pod uwagę asymetrię rozkładów danych, można dostrzec wyraźnie zaznaczającą się tendencję do przesunięcia w stronę wartości niskich. W zakresie obronnego wzmacniania samooceny w próbie z lekkim i umiarkowanym niedosłuchem również notuje się lekką asymetrię w kierunku wartości wyższych, zdecydowaną przewagę wyników przeciętnych w próbie z głębokim niedosłuchem i dominację wyników od bardzo niskich po obniżone w próbie ze znacznym uszkodzeniem słuchu.

9.3. Analiza związków pomiędzy poziomem stresu, stylami i strategiami walki ze stresem oraz samooceną

W celu objaśnienia związków pomiędzy zmiennymi postanowiono sprawdzić, które zmienne psychologiczne najlepiej wyjaśniają poziom stresu, poziom samooceny ogólnej oraz komponentów samooceny, takich jak: kompetencje, bycie kochanym, popularność, zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna, atrakcyjność fizyczna, witalność, integracja tożsamości, obronne wzmacnianie samooceny. Ponadto ustalono predyktory dla sposobów aktywnego radzenia sobie w sytuacjach trudnych, sposobów zorientowanych na poszukiwanie wsparcia, pasywnych i unikowych, koncentrujących się na przeżyciach duchowych i emocjach. Aby ustalić specyfikę współzależności zmiennych, wykonano analizę za pomocą regresji liniowej krokowej wstecznej.

Wyniki badań nad związkami pomiędzy poziomem stresu a strategiami radzenia sobie ze stresem pozwalają zauważyć, iż wzrostowi poziomu stresu towarzyszy intensyfikacja stosowania strategii skoncentrowanych na negatywnej emocjonalności ukierunkowanej zarówno na otoczenie (wyładowywanie), jak i na siebie (obwinianie siebie). Jednocześnie wzrost poziomu stresu koreluje ze wzrostem czynnika bezradność i zmniejszaniem się udziału w walce ze stresem czynnika poczucie humoru. Z obniżaniem poziomu odczuwanego stresu łączy się częstsze stosowanie strategii pozytywne przewartościowanie.

Wzrostowi poziomu stresu towarzyszy zwiększanie się odpowiedzi emocjonalnej (stylu skoncentrowanego na emocjach) jako ucieczki od negatywnych doświadczeń do świata fantazji;

przy obniżaniu się poziomu stresu następuje wzrost znaczenia dla radzenia sobie ze stresem podstylu stylu unikowego – poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Zwiększający się stres koresponduje z obniżeniem poziomu samooceny w obszarach: popularność, samokontrola, integracja tożsamości.

Biorąc pod uwagę relację pomiędzy zmiennymi strategie i style walki ze stresem oraz samooceną, notuje się, iż dla objaśnienia poziomu stresu największą wagę mają styl skoncentrowany na emocjach, którego dominacja zaznacza się w przypadku wzrostu poziomu stresu, oraz spadek samooceny w obszarach samokontrola i popularność.

Aktywne sposoby walki ze stresem, do których zalicza się: aktywne radzenie sobie ze stresem, planowanie, pozytywne przewartościowanie i styl skoncentrowany na zadaniu, wzmacniane są przez wzrost samooceny w obszarach zdolności przywódcze oraz samoakceptacja moralna.

Sposobom przezwyciężania stresu skoncentrowanym na poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego towarzyszy uzyskiwanie coraz wyższych wyników w obszarze bycie kochanym. Analizując natomiast pasywne i unikowe sposoby walki ze stresem, zauważa się, iż wzrostowi czynnika bezradność (zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań, obwinianie siebie) towarzyszy obniżanie się poziomu samooceny w obszarach bycie kochanym, samokontrola oraz atrakcyjność fizyczna. Przy wzroście częstości stosowania strategii unikowych (zajmowanie się czymś innym, zaprzeczanie, wyładowywanie) obserwuje się spadek samooceny w obszarze integracja tożsamości, natomiast intensyfikacji stylu unikowego i jego podstylów towarzyszą wzrost samooceny popularności i spadek w zakresie obronnego wzmacniania samooceny. Strategia i czynnik akceptacja (pasywne i nieangażujące strategie walki ze stresem) znalazły objaśnienie wzrostem w obszarze popularność. Sposoby walki ze stresem ukierunkowane na emocje i duchowość pokazują, iż koncentracja na zwrocie ku religii nie znajduje żadnych korelatów z obszarami samooceny, natomiast intensyfikacji stylu

skoncentrowanego na emocjach towarzyszy spadek w zakresie oceny samokontroli i atrakcyjności fizycznej.

Analizując wyniki badań nad modelem ogólnej samooceny, stwierdza się, iż podwyższeniu się poziomu ogólnej samooceny najmocniej towarzyszy wzrost samooceny w obszarach: kompetencje, bycie kochanym, popularność, atrakcyjność fizyczna, integracja tożsamości. Badania pokazują, iż ze wzrostem samooceny ogólnej łączą się także: istotne obniżenie poziomu stresu, zwiększenie udziału w pokonywaniu sytuacji trudnych strategii aktywne radzenie sobie ze stresem oraz poczucie humoru. Ponadto wzrostowi samooceny ogólnej towarzyszy zmniejszenie częstości stosowania strategii zażywanie substancji psychoaktywnych oraz obwinianie siebie i czynnika bezradność. Największe znaczenie w związku pomiędzy samooceną ogólną a stylami radzenia sobie ze stresem mają: styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach i na angażowaniu się w czynności zastępcze, przy czym wzrostowi samooceny towarzyszy wzrost intensywności stosowania stylu zadaniowego i angażowania się w czynności zastępcze, a spadek stylu skoncentrowanego na emocjach.

W modelu objaśniającym poziom samooceny, łączącym zmienne poziom stresu, style i strategie walki ze stresem, odnalezione zostały korelacje dodatnie pomiędzy wzrostem samooceny a częstością stosowania strategii poszukiwanie wsparcia emocjonalnego w walce ze stresem i stylu skoncentrowanego na zadaniu, a także korelacja ujemna wyrażająca spadek intensywności wykorzystywania stylu unikowego.

Uzupełnieniem pozyskanych dotychczas danych były dane pochodzące z ustalenia zależności pomiędzy komponentami samooceny a poziomem stresu, stylami i strategiami radzenia sobie ze stresem. Wysoki poziom samooceny w obszarze kompetencje warunkowany jest przede wszystkim wzrostem częstości stosowania stylu zadaniowego, a spadkiem skoncentrowanego na emocjach. Wzrostowi oceny kompetencji

własnych towarzyszy wzrost ocen w zakresie bycia kochanym, zdolności przywódczych, samoakceptacji moralnej i witalności.

Wysokie wyniki w obszarze bycie kochanym istotnie przyczyniają się do obniżenia poziomu stresu. Badani częściej sięgają po strategie skoncentrowane na poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego, chętnej stosują styl zadaniowy, a rzadziej skoncentrowany na emocjach. Wzrost samooceny w zakresie poczucia bycia kochanym najmocniej koresponduje ze wzrostem samooceny w obszarach kompetencje i popularność.

Wzrostowi w zakresie poziomu oceny popularności towarzyszą spadek poziomu stresu, mocne ukierunkowanie działań na styl skoncentrowany na zadaniu, ale też stosunkowo mocne ukierunkowanie sposobów walki ze stresem na styl skoncentrowany na unikaniu. Wzrost oceny popularności koresponduje natomiast ze znacznym spadkiem w zakresie stosowania stylu skoncentrowanego na emocjach. Największe znaczenie dla podwyższania się oceny popularności ma wzrost samooceny w obszarach: bycie kochanym, zdolności przywódcze oraz popularność.

Zmienne objaśniające poziom oceny zdolności przywódczych to style skoncentrowane na zadaniu i na emocjach, przy czym wzrostowi samooceny w tym obszarze towarzyszy intensyfikacja stylu zadaniowego, a zmniejszenie udziału w walce ze stresem stylu skoncentrowanego na emocjach. To także wzrost oceny w obszarach kompetencje, popularność, samokontrola, witalność, ale spadek oceny w zakresie obronnego wzmacniania samooceny.

Wzrostowi samooceny w obszarze samokontrola towarzyszą istotne obniżenie poziomu stresu, większa koncentracja w przezwyciężaniu stresu na stylu zadaniowym, a zmniejszanie udziału stylu skoncentrowanego na emocjach. Wzrost oceny w zakresie samokontroli najlepiej opisują zmienne samoakceptacja moralna, zdolności przywódcze, witalność oraz integracja tożsamości (przy wzroście samokontroli notuje się także wzrost poziomu oceny tych obszarów).

Samoakceptacja moralna i uzyskiwanie coraz to wyższych wyników w tym aspekcie korespondują ze wzrostem udziału w

walce ze stresem strategii poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, zajmowanie się czymś innym, ale też ze stylem skoncentrowanym na zadaniu. Notuje się natomiast spadek częstości stosowania strategii zaprzeczanie, zażywanie substancji psychoaktywnych i stylu unikowego. Wzrost oceny samoakceptacji moralnej koreluje dodatnio z takimi obszarami samooceny, jak: bycie kochanym, obronne wzmacnianie samooceny, samokontrola, kompetencje, a ujemnie z oceną witalności.

Atrakcyjność fizyczna i uzyskiwanie wyższych ocen w tym zakresie zależą w głównej mierze od wzrostu zaangażowania w walce ze stresem strategii planowanie, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, jak również stylu skoncentrowanego na emocjach. Korelują również ze spadkiem intensywności stosowania stylu unikowego. Wyższe oceny atrakcyjności fizycznej korespondują ze wzrostem oceny w obszarach: bycie kochanym, popularność, witalność i integracja tożsamości, a także z uzyskiwaniem niższych ocen w zakresie obronnego wzmacniania samooceny.

Notuje się związek witalności z odczuwaniem niższego poziomu stresu, zwiększeniem udziału w walce ze stresem stylu zadaniowego, ale też unikowego i zmniejszeniem intensywności stosowania stylu skoncentrowanego na emocjach. Wyższa ocena witalności koresponduje z podwyższaniem się oceny kompetencji i popularności.

Wzrost oceny w zakresie integracji tożsamości powoduje obniżanie się poziomu stresu, wysokie wyniki korelują dodatnio ze strategią poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i stylem zadaniowym, a ujemnie ze stylem skoncentrowanym na emocjach. Wzrostowi oceny integracji tożsamości towarzyszy wzrost samooceny w obszarach: zdolności przywódcze, samokontrola, atrakcyjność fizyczna oraz obronne wzmacnianie samooceny.

Wysokie wyniki w obszarze obronne wzmacnianie samooceny warunkują niższy poziom stresu, zmniejszanie się częstości stosowania strategii zażywanie substancji psychoaktywnych oraz stylu unikowego, a także wysokie wyniki w zakresie zdolności

przywódczych, samokontroli, samoakceptacji moralnej i integracji tożsamości.

10. Odpowiedzi na pytania badawcze

1. Jaki jest poziom stresu w badanej próbie?

   Dominującymi wynikami w badanej próbie są te należące do przedziału powyżej przeciętnych i przeciętnych. Analizując stosunek wyników pozwalających utrzymać prawidłowy poziom stresu do wyników świadczących o narażaniu na intensywne doświadczanie sytuacji zaburzających homeostazę, stwierdza się dominację wyników prawidłowych, co nie zmienia faktu istnienia silnego trendu przesuwania się wyników w stronę wartości wysokich.

2. Które zmienne różnicują wyniki badań nad poziomem stresu wśród osób z uszkodzonym słuchem?

   Uwzględniając w analizach badań nad stresem takie zmienne, jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, sposób protezowania, głębokość niedosłuchu, nie stwierdza się istotnych statystycznie różnic, a jedynie trend pomiędzy poziomem stresu a pozycją zawodową: osoby niepracujące wykazują tendencję do odczuwania wyższego poziomu stresu niż uczniowie/studenci.

3. Które strategie walki ze stresem dominują wśród osób z uszkodzonym słuchem?

   Wyniki badań wskazują, iż osoby z uszkodzonym słuchem stosują zróżnicowane strategie walki ze stresem. Do najczęściej wykorzystywanych należą: poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, aktywne przezwyciężanie stresu i

poszukiwanie wsparcia emocjonalnego. Implikacją jest dominacja w walce ze stresem czynnika poszukiwanie wsparcia.

4. Jaki jest udział w walce ze stresem wyróżnionych w pracy stylów wśród osób z uszkodzonym słuchem?

Wyniki badań ogółem pokazują, iż wśród badanych osób z uszkodzonym słuchem stwierdza się niewielki udział stylu skoncentrowanego na zadaniu, średni stylu skoncentrowanego na emocjach i duży stylu skoncentrowanego na unikaniu. Stosowanie tego ostatniego bardziej polega na angażowaniu się w czynności zastępcze (dominacja wyników powyżej przeciętnych) niż na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich (dominacja przeciętnych, przesunięcie wyników w stronę niskich).

	Styl skoncentrowany na zadaniu	Styl skoncentrowany na emocjach	Styl skoncentrowany na unikaniu	Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich
Wysoki			*	*	
Średni		*			*
Niski	*				

5. Jakie strategie i czynniki (strategie zgrupowane) walki ze stresem najczęściej wybierają badani w próbach różnicowanych płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania, pozycją zawodową, rodzajem protezy słuchowej i głębokością uszkodzenia słuchu?

Badani najczęściej wybierają następujące strategie i czynniki walki ze stresem:

	Strategie	Czynnik
Płeć		
mężczyźni	Akceptacja Aktywne radzenie sobie ze stresem Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Akceptacja
kobiety	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego Aktywne radzenie sobie ze stresem Planowanie	Poszukiwanie wsparcia
Wiek		
wiek młodzieńczy	Akceptacja Zajmowanie się czymś innym Planowanie	Akceptacja
wiek wczesnej dorosłości	Aktywne radzenie sobie ze stresem Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia
Miejsce zamieszkania		
wieś	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego Akceptacja	Poszukiwanie wsparcia
małe miasto	Aktywne radzenie sobie ze stresem Planowanie Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Aktywne radzenie sobie ze stresem
duże miasto	Zajmowanie się czymś innym Planowanie Aktywne radzenie sobie ze stresem	Aktywne radzenie sobie ze stresem
Pozycja zawodowa		
uczniowie/studenci	Akceptacja Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Akceptacja
czynni zawodowo	Aktywne radzenie sobie ze stresem Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Poszukiwanie wsparcia
niepracujący	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego Aktywne radzenie sobie ze stresem	Poszukiwanie wsparcia

Sposób protezowania		
aparat	Akceptacja Zajmowanie się czymś innym Planowanie	Akceptacja
implant	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego Zajmowanie się czymś innym Akceptacja	Poszukiwanie wsparcia
brak protezy	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego Zajmowanie się czymś innym	Poszukiwanie wsparcia
Stopień uszkodzenia słuchu		
lekki	Aktywne radzenie sobie ze stresem Planowanie Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Aktywne radzenie sobie ze stresem
umiarkowany	Zajmowanie się czymś innym Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia
znaczny	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego Aktywne radzenie sobie ze stresem	Poszukiwanie wsparcia
głęboki	Akceptacja Zajmowanie się czymś innym Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Akceptacja

6. Jakie strategie i czynniki (strategie zgrupowane) walki ze stresem najrzadziej wybierają badani w próbach różnicowanych płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania, pozycją zawodową, rodzajem protezy słuchowej i głębokością uszkodzenia słuchu?

Badani najrzadziej wybierają następujące strategie i czynniki walki ze stresem:

	Strategie	Czynnik
Płeć		
mężczyźni	Zażywanie substancji psychoaktywnych Zaprzestanie działań Zaprzeczanie	Bezradność
kobiety	Zażywanie substancji psychoaktywnych Zaprzestanie działań Poczucie humoru	Bezradność
Wiek		
wiek młodzieńczy	Zażywanie substancji psychoaktywnych Zaprzestanie działań Zaprzeczanie	Bezradność
wiek wczesnej dorosłości	Zażywanie substancji psychoaktywnych Poczucie humoru Zaprzestanie działań	Bezradność
Miejsce zamieszkania		
wieś	Zażywanie substancji psychoaktywnych Zaprzestanie działań Zaprzeczanie	Bezradność

	Strategie	Czynnik
małe miasto	Zażywanie substancji psychoaktywnych Zaprzestanie działań Zaprzeczanie	Bezradność
duże miasto	Zażywanie substancji psychoaktywnych Zaprzestanie działań Zaprzeczanie	Bezradność
Pozycja zawodowa		
uczniowie/studenci	Zażywanie substancji psychoaktywnych Zaprzestanie działań Zaprzeczanie	Bezradność
czynni zawodowo	Zażywanie substancji psychoaktywnych Zaprzestanie działań Zaprzeczanie	Bezradność
niepracujący	Poczucie humoru Zwrot ku religii Zaprzeczanie	Poczucie humoru
Sposób protezowania		
aparat	Zażywanie substancji psychoaktywnych Zaprzeczanie Zaprzestanie działań	Bezradność
implant	Zażywanie substancji psychoaktywnych Zaprzestanie działań Zaprzeczanie	Bezradność
brak protezy	Zażywanie substancji psychoaktywnych Zaprzeczanie Zaprzestanie działań	Bezradność
Stopień uszkodzenia słuchu		
lekki	Zażywanie substancji psychoaktywnych Zaprzestanie działań Zaprzeczanie	Bezradność
umiarkowany	Zażywanie substancji psychoaktywnych Poczucie humoru Zaprzestanie działań	Poczucie humoru
znaczny	Zażywanie substancji psychoaktywnych Poczucie humoru Zaprzestanie działań	Poczucie humoru
głęboki	Zażywanie substancji psychoaktywnych Zaprzestanie działań Poczucie humoru	Bezradność

7. Jaki jest udział w walce ze stresem w próbach różnicowanych zmiennymi (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, rodzaj protezy słuchowej i głębokość uszkodzenia słuchu) stylów: skoncentrowanego na zadaniu, skoncentrowanego na emocjach, skoncentrowanego na unikaniu (i jego podstylów: angażowanie się w czynności zastępcze i poszukiwanie kontaktów towarzyskich)?

W grupach różnicowanych płcią notuje się następujący udział stylów:

	Styl skoncentrowany na zadaniu	Styl skoncentrowany na emocjach	Styl skoncentrowany na unikaniu	Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich
Wysoki		*(m, k)	*(m, k)		
Średni	*(m, k)			*(k)	
Niski				*(m)	*(m, k)

m – mężczyźni; k – kobiety

W grupach różnicowanych wiekiem odnotowuje się następujący udział stylów:

	Styl skoncentrowany na zadaniu	Styl skoncentrowany na emocjach	Styl skoncentrowany na unikaniu	Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich
Wysoki		*(1, 2)	*(1, 2)		
Średni	*(1, 2)				*(1, 2)
Niski				*(1)	

1 – wiek młodzieńczy; 2 – wiek wczesnej dorosłości

W grupach różnicowanych miejscem zamieszkania notuje się następujący udział stylów:

	Styl skoncentrowany na zadaniu	Styl skoncentrowany na emocjach	Styl skoncentrowany na unikaniu	Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich
Wysoki		*(w, m, d)	*(w, m, d)		
Średni	*(w, m, d)			*(d)	
Niski				*(m, w)	*(w, m, d)

w – wieś; m – małe miasto; d – duże miasto

W grupach różnicowanych pozycją zawodową notuje się następujący udział stylów:

	Styl skoncentrowany na zadaniu	Styl skoncentrowany na emocjach	Styl skoncentrowany na unikaniu	Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich
Wysoki			*(u/s, c, n)	* (u/s, c, n)	
Średni		*(u/s, c, n)			*(c)
Niski	*(u/s, c, n)				*(u/s, n)

u/s – uczeń/student; c – czynny zawodowo; n – niepracujący

W grupach różnicowanych sposobem protezowania notuje się następujący udział stylów:

	Styl skoncentrowany na zadaniu	Styl skoncentrowany na emocjach	Styl skoncentrowany na unikaniu	Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich
Wysoki			*(b, a)	*(a, i, b)	
Średni		*(a, i, b)	*(i)		
Niski	*(a, i, b)				*(a, i, b)

a – aparat; i – implant; b – brak protezy

W grupach różnicowanych głębokością niedosłuchu notuje się następujący udział stylów:

	Styl skoncentrowany na zadaniu	Styl skoncentrowany na emocjach	Styl skoncentrowany na unikaniu	Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich
Wysoki			*(l, u, z, g)	*(l, u, z, g)	
Średni		*(l, u, z, g)			
Niski	*(l, u, z, g)				*(l, u, z, g)

l – lekki; u – umiarkowany; z – znaczny; g – głęboki

8. Jaki jest poziom samooceny i jej komponentów w próbie ogółem?

W próbie generalnej w samoocenie ogólnej dominują wyniki z przedziału przeciętnych. W zakresie kompetencji zauważa się przesunięcie wyników w stronę wartości poniżej przeciętnych. Mocne przesunięcie wartości wyników w stronę poniżej przeciętnych notuje się dla obszaru bycie kochanym. Dla obszaru popularność notuje się wyniki niskie, dla

zdolności przywódczych również obserwuje się dominację wyników świadczących o niskiej ocenie tego obszaru. Niskie wyniki przeważają także w obszarze samokontrola. Dominację wyników z zakresu obniżone–niskie stwierdza się dla samoakceptacji moralnej oraz obszaru witalność. Dla atrakcyjności fizycznej, integracji tożsamości oraz obronnego wzmacniania samooceny notuje się przewagę wyników przeciętnych z tendencją do obniżania.

9. Jaki jest poziom samooceny i jej komponentów w próbach różnicowanych zmiennymi: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, rodzaj protezy słuchowej i głębokość uszkodzenia słuchu?[1]

W grupach różnicowanych płcią notuje się udział następujących wyników:

	Samoocena ogólna	Kompetencje	Bycie kochanym	Popularność	Zdolności przywódcze	Samokontrola	Samoakceptacja moralna	Atrakcyjność fizyczna	Witalność	Integracja tożsamości	Obronne wzmacnianie samooceny
Wysokie	*(k)										
Średnie						*(k)		*(m, k)	*(k)	*(m, k)	*(m, k)
Niskie	*(m)	*(m, k)	*(m, k)	*(m, k)	*(m, k)	*(m)	*(m, k)		*(m)		

m – mężczyźni; k – kobiety

W grupach różnicowanych wiekiem notuje się udział następujących wyników:

	Samoocena ogólna	Kompetencje	Bycie kochanym	Popularność	Zdolności przywódcze	Samokontrola	Samoakceptacja moralna	Atrakcyjność fizyczna	Witalność	Integracja tożsamości	Obronne wzmacnianie samooceny
Wysokie	*(2)										
Średnie	*(1, 2)		*(1, 2)					*(2)		*(1, 2)	*(1, 2)
Niskie	*(2)	*(1, 2)		*(1, 2)	*(1, 2)	*(1, 2)	*(1, 2)	*(1, 2)	*(1, 2)		

1 – wiek młodzieńczy; 2 – wiek wczesnej dorosłości

W grupach różnicowanych miejscem zamieszkania notuje się udział następujących wyników:

	Samoocena ogólna	Kompetencje	Bycie kochanym	Popularność	Zdolności przywódcze	Samokontrola	Samoakceptacja moralna	Atrakcyjność fizyczna	Witalność	Integracja tożsamości	Obronne wzmacnianie samooceny
Wysokie	*(m)						*(d)				
Średnie	*(m, w)		*(m)					*(d, m, w)		*(d, m, w)	*(d, m, w)
Niskie	*(d, m)	*(d, m, w)	*(d, w)	*(d, m, w)	*(d, m, w)	*(d, m, w)	*(d, m, w)	*(d)	*(d, m, w)		

w – wieś; m – małe miasto; d – duże miasto

W grupach różnicowanych pozycją zawodową notuje się udział następujących wyników:

	Samoocena ogólna	Kompetencje	Bycie kochanym	Popularność	Zdolności przywódcze	Samokontrola	Samoakceptacja moralna	Atrakcyjność fizyczna	Witalność	Integracja tożsamości	Obronne wzmacnianie samooceny
Wysokie	*(c)	*(c)				*(n)	*(c)				
Średnie	*(n)	*(c)	*(c)			*(c)		*(u, c, n)	*(c)	*(u, c, n)	*(u, c, n)
Niskie	*(u)	*(c, n, u)	*(u, n)	*(c, n, u)	*(c, n, u)	*(u, n)	*(c, u, n)	*(n)	*(c, n, u)		

u/s – uczeń/student; c – czynny zawodowo; n – niepracujący

W grupach różnicowanych sposobem protezowania notuje się udział następujących wyników:

	Samoocena ogólna	Kompetencje	Bycie kochanym	Popularność	Zdolności przywódcze	Samokontrola	Samoakceptacja moralna	Atrakcyjność fizyczna	Witalność	Integracja tożsamości	Obronne wzmacnianie samooceny
Wysokie	*(i)										
Średnie	*(a, b)	*(i, b)	*(i, a)	*(i)				*(i)		*(i, a, b)	*(i)
Niskie	*(i, a, b)	*(i, a, b)	*(i, b, a)	*(i, b, a)	*(i, a, b)	*(i, a, b)	*(i, a, b)	*(b, a)	*(i, a, b)		*(b, a)

a – aparat; i – implant; b – brak protezy

W grupach różnicowanych głębokością niedosłuchu notuje się udział następujących wyników:

	Samoocena ogólna	Kompetencje	Bycie kochanym	Popularność	Zdolności przywódcze	Samokontrola	Samoakceptacja moralna	Atrakcyjność fizyczna	Witalność	Integracja tożsamości	Obronne wzmacnianie samooceny
Wysokie	*(l)						*(l, z)				
Średnie	*(u)		*(u, z, g)		*(l)			*(l, u, z, g)	*(l, u)	*(l, u, z, g)	*(l, u, g)
Niskie	*(l, z, g)	*(l, u, z, g)	*(l, u, z, g)	*(l, u, z, g)	*(l, u, z, g)	*(l, u, z, g)	*(u, z, g)	*(l, u, z, g)	*(l, u, z, g)		*(z)

l – lekki; u – umiarkowany; z – znaczny; g – głęboki

10. Które zmienne spośród wyróżnionych w pracy (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, rodzaj protezy słuchowej i głębokość uszkodzenia słuchu) różnicują wyniki badań nad poziomem stresu?

    Analiza statystyczna wyników badań nad poziomem stresu dostarczyła informacji, iż żadne ze zmiennych nie różnicują istotnie wyników w próbach. Stwierdza się jedynie trend pomiędzy zmiennymi poziom stresu i pozycja zawodowa w postaci niższego poziomu stresu wśród uczniów/studentów w stosunku do osób niepracujących.

11. Które zmienne spośród wyróżnionych w pracy (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, rodzaj protezy

słuchowej i głębokość uszkodzenia słuchu) różnicują wyniki badań nad strategiami i czynnikami radzenia sobie ze stresem?

Zmiennymi istotnie różnicującymi wyniki badań były: płeć, pozycja zawodowa.

12. Jakie stwierdza się różnice międzygrupowe w próbach różnicowanych zmiennymi (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, rodzaj protezy słuchowej i głębokość uszkodzenia słuchu) w kontekście strategii i czynników walki ze stresem?

Istnieją istotne statystycznie różnice międzygrupowe. Badania wykazały, iż:

- Kobiety częściej niż mężczyźni stosują strategie aktywne radzenie sobie ze stresem, poszukiwanie wsparcia, zwrot ku religii oraz czynnik aktywne radzenie sobie ze stresem.
- Badani w wieku wczesnej dorosłości częściej stosują strategię aktywne radzenie sobie ze stresem niż osoby w wieku młodzieńczym.
- Osoby pochodzące z małych miast istotnie częściej stosują strategię aktywne radzenie sobie ze stresem niż osoby pochodzące ze wsi.
- Osoby pochodzące ze wsi istotnie rzadziej stosują strategią planowanie niż osoby pochodzące z małych miast.
- Osoby pochodzące ze wsi istotnie rzadziej stosują strategię planowanie niż osoby pochodzące z dużych miast.
- Osoby pochodzące ze wsi istotnie rzadziej od badanych z małych miast stosują strategię pozytywne przewartościowanie.
- Pochodzący z dużych miast istotnie rzadziej niż osoby ze wsi stosują strategię zaprzeczanie.
- Pochodzący z dużych miast istotnie rzadziej niż osoby ze wsi stosują strategię zaprzestanie działań.
- Osoby pochodzące z dużych miast istotnie częściej stosują czynnik aktywne radzenie sobie ze stresem niż osoby ze wsi.

- Osoby pochodzące z małych miast istotnie częściej stosują czynnik aktywne radzenie sobie ze stresem niż osoby ze wsi.
- Uczniowie/studenci istotnie częściej stosują strategię poczucie humoru w walce ze stresem niż osoby czynne zawodowo.
- Osoby czynne zawodowo istotnie rzadziej stosują strategię zaprzeczanie w walce ze stresem niż osoby niepracujące.
- Osoby czynne zawodowo istotnie rzadziej stosują strategię zaprzestanie działań niż osoby niepracujące.
- Uczniowie/studenci istotnie rzadziej stosują strategię zaprzestanie działań niż osoby niepracujące.
- Osoby niekorzystające z protez słuchowych istotnie rzadziej stosują strategię poszukiwanie wsparcia instrumentalnego niż osoby implantowane
- Osoby implantowane istotnie częściej niż osoby aparatowane stosują strategię wyładowywanie.
- Osoby z głębokim stopniem niedosłuchu częściej stosują strategię walki ze stresem zaprzeczanie niż z osoby z lekkim niedosłuchem.
- Osoby z głębokim stopniem niedosłuchu istotnie częściej stosują czynnik zachowania unikowe w walce ze stresem niż osoby z lekkim niedosłuchem.

13. Które zmienne spośród wyróżnionych w pracy (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, rodzaj protezy słuchowej i głębokość uszkodzenia słuchu) różnicują wyniki badań nad stylami radzenia sobie ze stresem?

    Zmiennymi istotnie różnicującymi wyniki badań były: płeć, wiek, pozycja zawodowa, głębokość niedosłuchu.

14. Jakie stwierdza się różnice międzygrupowe w próbach różnicowanych zmiennymi (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, rodzaj protezy słuchowej i głębokość uszkodzenia słuchu) w kontekście stylów walki ze stresem?

    Istnieją istotne statystycznie różnice międzygrupowe. Badania wykazały, iż:

- Kobiety istotnie mocniej ukierunkowują swoje działania na styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich niż mężczyźni.
- Osoby w wieku młodzieńczym istotnie mocniej ukierunkowują swoje działania na styl skoncentrowany na unikaniu niż osoby w wieku wczesnej dorosłości.
- Osoby w wieku młodzieńczym istotnie mocniej ukierunkowują swoje działania na styl angażowanie się w czynności zastępcze niż osoby w wieku wczesnej dorosłości.
- Osoby pochodzące z dużych miast istotnie silniej przejawiają w walce ze stresem styl skoncentrowany na unikaniu niż osoby ze wsi.
- Osoby pochodzące z dużych miast istotnie silniej przejawiają w walce ze stresem styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich niż osoby ze wsi.
- Osoby niepracujące istotnie intensywniej stosują styl skoncentrowany na emocjach niż osoby czynne zawodowo.
- Uczniowie/studenci istotnie intensywniej stosują styl skoncentrowany na
- unikaniu niż osoby czynne zawodowo.
- Uczniowie/studenci istotnie intensywniej stosują styl skoncentrowany na unikaniu niż osoby niepracujące.
- Uczniowie/studenci istotnie mocniej angażują się w czynności zastępcze niż osoby czynne zawodowo.
- Uczniowie/studenci istotnie mocniej angażują się w czynności zastępcze niż osoby niepracujące.
- Osoby czynne zawodowo istotnie mocniej niż niepracujący ukierunkowują styl walki ze stresem na poszukiwanie kontaktów towarzyskich.
- Osoby niekorzystające ze sprzętów wspomagających słyszenie istotnie mocniej ukierunkowują się w przezwyciężaniu stresu na styl skoncentrowany na emocjach niż osoby implantowane.
- Osoby z lekkim niedosłuchem istotnie mocniej ukierunkowują walkę ze stresem na styl zadaniowy niż osoby z niedosłuchem w stopniu umiarkowanym.

15. Które zmienne spośród wyróżnionych w pracy (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, rodzaj protezy słuchowej i głębokość uszkodzenia słuchu) różnicują wyniki badań nad samooceną i jej komponentami?

    Zmiennymi istotnie różnicującymi wyniki badań były: płeć, wiek, pozycja zawodowa.

16. Jakie stwierdza się różnice międzygrupowe w próbach różnicowanych zmiennymi (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, rodzaj protezy słuchowej i głębokość uszkodzenia słuchu) w kontekście samooceny i jej komponentów?

- Kobiety uzyskują istotnie wyższe niż mężczyźni wyniki w obszarze bycie kochanym.
- Kobiety uzyskują istotnie wyższe niż mężczyźni wyniki w obszarze samoakceptacja moralna.
- Kobiety uzyskują istotnie wyższe niż mężczyźni wyniki w obszarze obronne wzmacnianie samooceny.
- Osoby w wieku wczesnej dorosłości uzyskują istotnie wyższe rezultaty niż osoby w wieku młodzieńczym w obszarze bycie kochanym.
- Osoby w wieku wczesnej dorosłości uzyskują istotnie wyższe rezultaty niż osoby w wieku młodzieńczym w obszarze samokontrola.
- Osoby w wieku wczesnej dorosłości uzyskują istotnie wyższe rezultaty niż osoby w wieku młodzieńczym w obszarze samoakceptacja moralna.
- Osoby w wieku wczesnej dorosłości uzyskują istotnie wyższe rezultaty niż osoby w wieku młodzieńczym w obszarze obronne wzmacnianie samooceny.
- Osoby czynne zawodowo uzyskują istotnie wyższe wyniki w zakresie ogólnej samooceny niż uczniowie/studenci.
- Osoby czynne zawodowo uzyskują istotnie wyższe wyniki w zakresie ogólnej samooceny niż osoby niepracujące.

- Osoby czynne zawodowo uzyskują istotnie wyższe wyniki w obszarze kompetencje niż uczniowie/studenci.
- Osoby czynne zawodowo uzyskują istotnie wyższe wyniki w obsza-
- rze kompetencje niż osoby niepracujące.
- Osoby czynne zawodowo uzyskują istotnie wyższe wyniki w obszarze bycie kochanym niż uczniowie/studenci.
- Osoby czynne zawodowo uzyskują istotnie wyższe wyniki w obszarze bycie kochanym niż osoby niepracujące.
- Osoby czynne zawodowo uzyskują istotnie wyższe wyniki niż uczniowie/studenci w obszarze samokontrola.
- Osoby czynne zawodowo uzyskują istotnie wyższe wyniki niż uczniowie/
- studenci w obszarze samoakceptacja moralna.
- Osoby czynne zawodowo uzyskują istotnie wyższe wyniki niż osoby niepracujące w obszarze samoakceptacja moralna.
- Osoby czynne zawodowo uzyskują istotnie wyższe wyniki niż osoby nie-
- pracujące w obszarze atrakcyjność fizyczna.
- Osoby czynne zawodowo uzyskują istotnie wyższe wyniki niż osoby niepracujące w obszarze witalność.
- Uczniowie/studenci uzyskują istotnie wyższe wyniki niż osoby niepracujące w obszarze witalność.
- Osoby czynne zawodowo uzyskują istotnie wyższe wyniki niż uczniowie/
- studenci w obszarze integracja tożsamości.
- Osoby czynne zawodowo uzyskują istotnie wyższe wyniki niż uczniowie/studenci w obszarze obronne wzmacnianie samooceny.
- Osoby z lekkim stopniem niedosłuchu istotnie wyżej oceniają samoakceptację moralną niż osoby z niedosłuchem umiarkowanym.
- Osoby z lekkim stopniem niedosłuchu istotnie wyżej oceniają samoakceptację moralną niż osoby z niedosłuchem głębokim.

17. Czy i jakie związki istnieją pomiędzy poziomem stresu, strategiami, stylami a samooceną?

Stwierdza się istnienie szeregu ważnych zależności pomiędzy poziomem stresu, stylami i strategiami walki ze stresem a samooceną i jej komponentami. Dla ukazania zależności sformułowano pytania pomocnicze:

- Jakie strategie objaśniają poziom stresu?

W modelu objaśniającym poziom stresu, uwzględniającym łącznie strategie, style i komponenty samooceny, największe znaczenie dla wzrostu poziomu odczuwalnego stresu mają styl skoncentrowany na emocjach (mocniejsze ukierunkowywanie w pokonywaniu stresu na ten styl) oraz spadek samooceny w obszarach samokontrola i popularność.

Wprowadzając do modelu oddzielnie strategie, style pokonywania stresu i obszary samooceny, można dostrzec następujące relacje:

Podwyższenie poziomu stresu łączy się z:
Obniżenie poziomu stresu łączy się z:
wyładowywanie, obwinianie siebie, bezradność, styl skoncentrowany na emocjach
poczucie humoru, popularność, samokontrola, integracja tożsamości
pozytywne przewartosciowanie, styl unikowy – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

- Co warunkuje stosowanie aktywnych, skoncentrowanych na poszukiwaniu wsparcia, pasywnych czy ukierunkowanych na emocje sposobów pokonywania stresu?

Aktywne sposoby przezwyciężania trudności wspiera uzyskiwanie wysokich wyników w obszarach samooceny: zdolności przywódcze, samoakceptacja moralna.

Sposoby pokonywania trudności skoncentrowane na poszukiwaniu wsparcia wzmacniane są wysokimi notami dla obszaru bycie kochanym.

Pasywne i unikowe sposoby walki ze stresem warunkowane są przez niskie oceny w obszarach: bycie

kochanym, samokontrola, atrakcyjność fizyczna, jak również w zakresie integracji tożsamości, obronnego wzmacniania samooceny, oraz przez wzrost oceny w obszarze popularność.

Sposoby angażujące emocje warunkowane są spadkiem samooceny w zakresie samokontroli i atrakcyjności fizycznej.

- Jakie relacje zachodzą pomiędzy wynikami badań nad samooceną ogólną a wynikami w jej obszarach?

  Wzrost wyników samooceny ogólnej najmocniej koreluje ze wzrostem w obszarach: kompetencje, bycie kochanym, popularność, atrakcyjność fizyczna, integracja tożsamości.

- Jakie zależności łączą samoocenę z poziomem stresu?

  Wzrostowi samooceny ogólnej towarzyszy istotne obniżanie poziomu stresu.

- Jakie sposoby przezwyciężania stresu korelują ze wzrostem samooceny?

  Wzrostowi samooceny ogólnej odpowiada intensyfikacja stosowania strategii: aktywne radzenie sobie ze stresem oraz poczucie humoru i poszukiwanie wsparcia emocjonalnego. Wyższe wyniki samooceny ogólnej korelują ze zmniejszaniem się częstości stosowania strategii zażywanie substancji psychoaktywnych, obwinianie siebie oraz czynnika bezradność. Dostrzega się także zwiększanie się udziału stylu skoncentrowanego na zadaniu, angażowaniu się w czynności zastępcze i zmniejszenie się intensywności ukierunkowywania działań na styl skoncentrowany na emocjach i na unikaniu.

- Jak poziom stresu, strategie, style walki ze stresem objaśniają składowe samooceny?

  Wzrostowi oceny w obszarach samooceny towarzyszy:

Kompetencje	Bycie kochanym
↑ styl skoncentrowany na zadaniu ↓ styl skoncentrowany na emocjach	↑ strategia poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, styl skoncentrowany na zadaniu ↓ poziom stresu, styl skoncentrowany na emocjach

Popularność	Zdolności przywódcze
↑ styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na unikaniu ↓ poziom stresu, styl skoncentrowany na emocjach	↑ styl skoncentrowany na zadaniu ↓ styl skoncentrowany na emocjach
Samokontrola	**Samoakceptacja moralna**
↑ styl skoncentrowany na zadaniu ↓ poziom stresu, styl skoncentrowany na emocjach	↑ poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, zajmowanie się czymś innym, styl skoncentrowany na zadaniu ↓ strategia zaprzeczanie, zażywanie substancji psychoaktywnych, styl skoncentorwany na unikaniu
Atrakcyjność fizyczna	**Witalność**
↑ strategia planowanie, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, styl skoncentrowany na emocjach ↓ styl unikowy	↑ styl skoncentorwany na zadaniu, styl skoncentrowany na unikaniu ↓ poziom stresu, styl skoncentrowany na emocjach
Integracja tożsamości	**Obronne wzmacnianie samooceny**
↑ strategia poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, styl skoncentrowany na zadaniu ↓ poziom stresu, styl skoncentrowany na emocjach	↑ ↓ poziom stresu, strategia zażywanie substancji psychoaktywnych, styl skoncentrowany na unikaniu

- Jak warunkują się wzajemnie składowe samooceny?

  Wzrostowi oceny w obszarach samooceny towarzyszy:

Kompetencje	Bycie kochanym
↑ bycie kochanym, zdolności przywódcze, samoakceptacja moralna, witalność ↓	↑ kompetencje, popularność ↓
Popularność	**Zdolności przywódcze**
↑ bycie kochanym, zdolności przywódcze, atrakcyjność fizyczna ↓	↑ kompetencje, popularność, samokontrola, witalność ↓ obronne wzmacnianie samooceny

Samokontrola	Samoakceptacja moralna
↑ samoakceptacja moralna, zdolności przywódcze, witalność, integracja tożsamości ↓	↑ bycie kochanym, obronne wzmacnianie samooceny, samokontrola, kompetencje ↓ witalność
Atrakcyjność fizyczna	**Witalność**
↑ bycie kochanym, popularność, witalność, integracja tożsamości ↓ obronne wzmacnianie samooceny	↑ kompetencje, popularność ↓
Integracja tożsamości	**Obronne wzmacnianie samooceny**
↑ zdolności przywódcze, samokontrola, atrakcyjność fizyczna, obronne wzmacnianie samooceny ↓	↑ zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna, integracja tożsamości ↓

18. Jaki jest obraz relacji społecznych osób z uszkodzonym słuchem?

Stwierdza się, iż występowanie wady słuchu ma duże implikacje dla relacji społecznych. Rysuje się obraz osób z uszkodzonym słuchem niewystarczająco akceptowanych, rzec można, iż odrzucanych. Badania ujawniają, iż w wyniku informacji zwrotnej z otoczenia osoby z uszkodzonym słuchem odczuwają szczególny dyskomfort w kontekście

poczucia bycia kochanym, kompetentnym, ważnym i atrakcyjnym społecznie, zdolnym do kierowania sobą i innymi, a tym samym godnym zaufania czy decyzyjnym. Badani mają poczucie, że są gorsi w kontekście możliwości podejmowania działań, sprawczości, kontroli nad sobą i podejmowanymi działaniami, jak również akceptacji własnej moralności, oceny zdrowia, energii działania. Samoocena ogólna jest natomiast stosunkowo dobrze zabezpieczana systemem obronnego jej wzmacniania. Wyższe wyniki w tym obszarze wspierają ocenę własnych reakcji obronnych i podtrzymanie efektywności systemu. Podobny obraz rysuje się w próbie ogółem i w próbach różnicowanych zmiennymi: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, rodzaj protezy słuchowej i głębokość uszkodzenia słuchu.

---

1 W tabelach umieszczam jedynie wyniki dominujące. Jeśli kategoria pojawia się kilkukrotnie, świadczy to o względnej równości wyników z podanych przedziałów. Dokładne analizy znalazły się w rozdziale 7.

11. Wnioski i postulaty

Podstawą wnioskowania i formułowania postulatów było określenie wzajemnych uwarunkowań zmiennych: poziom stresu, strategie i style walki ze stresem, samoocena i jej obszary. Punktem wyjścia uczyniono relacje poziomu stresu i jego korelatów. Jedną z najważniejszych przesłanek wnioskowania było stwierdzenie istotności związku pomiędzy poziomem stresu a samooceną: wzrostowi samooceny towarzyszy istotne obniżanie poziomu stresu. Do najważniejszych obszarów wpływających na uzyskiwanie wysokich not w zakresie samooceny ogólnej należą: kompetencje, bycie kochanym, popularność, atrakcyjność fizyczna, integracja tożsamości. Ustalono, iż na podwyższanie poziomu samooceny ogólnej wpływa intensyfikacja stosowania strategii: aktywne radzenie sobie ze stresem oraz poczucie humoru i poszukiwanie wsparcia emocjonalnego. Stosowanie strategii takich jak wyładowywanie (stosunkowo rzadkie), obwinianie siebie, czynnika bezradność oraz stylu skoncentrowanego na emocjach współtowarzyszy wzrostowi poziomu poczucia stresu wśród osób z uszkodzonym słuchem. Obniżeniu poziomu stresu odpowiada koncentrowanie działalności na pozytywnym przewartościowaniu i poszukiwaniu kontaktów towarzyskich (podstyl stylu unikowego). Największe znaczenie dla poziomu stresu mają styl skoncentrowany na emocjach oraz komponenty samooceny, takie jak samokontrola i popularność. Podwyższeniu poziomu stresu towarzyszą koncentrowanie działań na stylu skupionym na emocjach oraz spadek oceny w wyżej wymienionych obszarach.

Dzięki określeniu uwarunkowań samooceny i jej komponentów można było ustalić, na które obszary samooceny należy zwrócić szczególną uwagę i poprzez wzmacnianie lub osłabianie stosowania których strategii, stylów można przyczyniać się do podnoszenia ogólnej oceny siebie i do redukcji stresu. Ustalenie, jakie strategie, style walki ze stresem są stosowane oraz jaki jest poziom samooceny ogólnej i jej poszczególnych komponentów w grupach różnicowanych zmiennymi: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, rodzaj protezy słuchowej i głębokość uszkodzenia słuchu, pozwoliło na precyzyjniejsze określenie kierunków terapii dyktowanych specyfiką wyłonionej próby.

Analizy materiału dostarczają informacji, iż wśród wyników badań dominują te świadczące o przeciętnym z tendencją do podwyższania się poziomie odczuwanego stresu. Nie oznacza to, że osoby niesłyszące nie doświadczają sytuacji trudnych ani że poziom stresu pozostaje niezmienny. W zależności od wymogów środowiska pozostają w dynamicznej relacji i transakcji stresowej, a podejmowanie wyzwań i sprawność mechanizmów adaptacyjnych zależą od oceny sytuacji i uruchomienia zasobów pozwalających na skuteczna redukcję napięć. Jednym z zasobów kluczowych dla utrzymywania prawidłowego poziomu stresu jest prawidłowa samoocena. Badania prowadzone w tym kierunku pokazują, iż w większości obszarów wśród osób z uszkodzonym słuchem jest ona niska (wyniki poniżej poziomu przeciętnego). Można domniemywać, iż badani słabo wyposażeni są w pozwalające na skuteczną walkę ze stresem i utrzymywanie względnej homeostazy zasoby związane z relacjami społecznymi, budowaniem sieci kontaktów i tym samym obrazu siebie. Mogą zatem być narażeni na wahania poziomu stresu przede wszystkim w sytuacjach społecznych.

Odwołując się do teorii Beumeistera i Leary'ego, można powiedzieć, że samoocena to obraz społecznego funkcjonowania jednostki, tego, jak *de facto* postrzegają nas inni ludzie. Obraz ten wśród badanych jest zdeformowany, w szczególności w obszarach: kompetencje, bycie kochanym, popularność, zdolności

przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna i witalność. Wszystkie te obszary jednocześnie, jak wspomniano wyżej, warunkują poziom samooceny i poziom stresu. Niskie oceny notuje się również dla tych najważniejszych dla redukcji poziomu stresu: popularności i samokontroli.

Wśród badanych największy udział w walce ze stresem mają styl unikowy i podstyl angażowanie się w czynności zastępcze, przeciętny – styl skoncentrowany na emocjach. Są to sposoby walki ze stresem, które nie pozwalają na utrzymanie prawidłowego poziomu stresu i nie eliminują źródła problemu. W perspektywie czasu osoby te będą coraz bardziej narażane na ciągłą konfrontację z nierozwiązanym problemem. Niski udział stylu skoncentrowanego na zadaniu w pokonywaniu stresu i jednocześnie dominacja strategii skoncentrowanych na aktywnym przezwyciężaniu stresu i poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego pozwalają stwierdzić, iż działania terapeutyczne należy skupić na podtrzymaniu własnej aktywności, ale z ukierunkowaniem jej na faktyczne podejmowanie trudów przezwyciężania sytuacji trudnych i przejęcie odpowiedzialności za własne postępowanie, a nie na unikanie problemu przez angażowanie sił i uwagi w czynności niesłużące rozwiązaniu trudności (poszukiwawcze). Wsparcie pozyskiwanie z relacji należy uczynić nie tyle strategią, ile zasobem osobistym, pozwalającym lepiej radzić sobie ze stresem, dodającym odwagi w jego przezwyciężaniu.

Jak pokazują badania, zwiększanie stosowania stylu zadaniowego, aktywności i koncentracji na rozwiązywaniu problemu, przy wzmacnianiu emocjonalności, warunkuje wysoki poziom samooceny w obszarach bycie kochanym, integracja tożsamości. Styl zadaniowy wspiera także wysoki poziom kompetencji, zdolności przywódczych, samokontroli, a wysoki poziom oceny w tych aspektach powoduje zwiększenie stosowania stylu zadaniowego. Konfrontacja z przeciwnościami losu wymaga wzmacniania obrazu siebie. Składowe samooceny istotnie wpływają na jej ogólny poziom, ten z kolei oddziałuje na poziom stresu. Ponadto stosowanie strategii poszukiwania wsparcia,

kontaktów społecznych wymusza istnienie prawidłowych relacji, które mają odzwierciedlenie w poziomie komponentów samooceny. Stwierdziwszy niski poziom wszystkich komponentów samooceny obrazujących relacje społeczne (poza atrakcyjnością fizyczną), postuluje się zintensyfikowanie i ukierunkowanie oddziaływań na środowisko funkcjonowania osób z uszkodzonym słuchem oraz zapewnienie im adekwatnego wsparcia w celu poprawy oceny w szczególności wspominanych komponentów samooceny. Wsparcie potrzebne jest zwłaszcza w zakresie zwiększania samodzielności, akceptacji, nawiązywania, podtrzymywania i stabilizacji relacji, zapewnienia zrozumienia specyfiki potrzeb osób z uszkodzeniem słuchu, umożliwienia im pełnienia odpowiedzialnych ról społecznych. Postuluje się zatem wprowadzenie w terapię zintensyfikowanego treningu umiejętności społecznych i objecie pomocą psychoterapeutyczną osób z uszkodzonym słuchem i ich bliskich. Pomoże to osobom z niedosłuchem wykształcić właściwy obraz siebie poprzez kształtowanie prawidłowych relacji w najbliższym otoczeniu i zgeneralizowanie wykształconych umiejętności na relacje z dalszym środowiskiem.

Analiza wyników pozyskanych w grupach badawczych wskazuje, iż strategie aktywne oraz oparte na poszukiwaniu wsparcia częściej stosowane są przez kobiety niż przez mężczyzn. Mężczyźni wykazują także istotnie niższy poziom samooceny (która generalnie jest szacowana jako niska) niż kobiety w obszarach: bycie kochanym, samoakceptacja moralna, obronne wzmacnianie samooceny. Należy zatem zwrócić uwagę, iż wykryte różnice w sposobach pokonywania trudności nie sprzyjają mężczyznom w utrzymywaniu prawidłowego poziomu stresu. Pracę z kobietami należy ukierunkować na zdynamizowanie dotychczas stosowanych rozwiązań i ukierunkowanie ich na zadanie, przy wzmacnianiu w szczególności takich obszarów samooceny jak zdolności przywódcze i samoakceptacja moralna. Wśród mężczyzn należy skupić się na eliminowaniu stylów pasywnych poprzez wzmacnianie obszarów: bycie kochanym,

samokontrola, atrakcyjność fizyczna, integracja tożsamości i obronne wzmacnianie samooceny.

Wśród osób w wieku młodzieńczym szczególną uwagę należy zwrócić na wzmacnianie obszarów: bycie kochanym, samokontrola, samoakceptacja moralna, obronne wzmacnianie samooceny. Osoby z tej grupy przejawiają istotnie niższy poziom oceny w wymienionych zakresach niż badani w wieku wczesnej dorosłości. Jest to również jedna ze składowych pozwalających na zwiększenie częstości stosowania aktywnych i skoncentrowanych na zadaniu sposobów walki ze stresem, które badani w okresie przejścia z wieku dziecięcego w dorosłość stosują stosunkowo rzadko. W ich repertuarze znajdują się głównie sposoby unikowe, które co prawda korelują z niskim poziomem stresu, ale jednocześnie nie sprzyjają usunięciu źródła stresu, wykształcając postawę nieangażującą się, bierną, niepozwalającą na przejęcie odpowiedzialności.

W wieku młodzieńczym nieangażowanie się w pokonywanie trudności i jednoczesny wzrost oceny własnej popularności w kręgach rówieśniczych w wyniku zachowań świadczących o nieprzywiązywaniu wagi do wydarzeń interpretowanych jako stresogenne mogą być rezultatem braku dojrzałości, uzależnienia od instytucji pomocowych, wyręczania, a także kreowania własnego wizerunku jako osoby nieprzejmującej się, bagatelizującej problem. Oddziaływania terapeutyczne powinny zatem skupiać się na wzmacnianiu składowych samooceny w szczególności w obszarach kluczowych dla podejmowania aktywnych sposobów przezwyciężania trudności (zdolności przywódcze, samoakceptacja moralna), udzielaniu wsparcia, ale w połączeniu z kształtowaniem postawy odpowiedzialności za przezwyciężanie stresu. Praca powinna obejmować ponadto kreowanie własnego wizerunku na podstawie adekwatnej samooceny, a nie dla zdobycia popularności wśród rówieśników. Kształtowanie szacunku do siebie i innych, umiejętność wglądu w siebie, podążania za potrzebami odpowiednio do wagi sytuacji powinny przyświecać relacjom grupowym.

Warto zauważyć, iż wśród osób w wieku wczesnej dorosłości stwierdza się stosowanie podobnych stylów walki ze stresem i także niskie wartości ocen dla większości obszarów samooceny jak w przypadku osób w wieku młodzieńczym. W walce ze stresem zaczynają się jednak pojawiać strategie bardziej ukierunkowane na aktywne poszukiwanie rozwiązań, poszukiwanie wsparcia (triada najczęściej stosowanych). Wraz z dojrzewaniem obserwuje się powiększanie zasobów osobowościowych (oceny komponentów samooceny), niemniej jednak w obu grupach nadal istnieje potrzeba psychologicznych oddziaływań ukierunkowujących specyfikę transakcji stresowych i gromadzenia oraz dystrybuowania zasobów ku zyskaniu lepszej jakości życia.

W próbie różnicowanej miejscem zamieszkania szczególną uwagę należy skupić na osobach pochodzących z dużych miast i ze wsi. Badania wskazują, iż respondenci pochodzący ze wsi istotnie rzadziej stosują aktywne sposoby radzenia sobie ze stresem niż badani z małych i dużych miast, natomiast częściej w obliczu stresu reagują zaprzeczaniem i zaprzestaniem działań. Pochodzący zaś z dużych miast istotnie częściej niż pochodzący ze wsi przejawiają styl skoncentrowany na unikaniu i podstyl poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Generalnie wśród badanych z małych, dużych miast i wsi dominującymi stylami są unikowy i skoncentrowany na emocjach, ale wśród strategii osób z małych miast pojawiają się te świadczące o większym zaangażowaniu i aktywności własnej, wśród strategii osób ze wsi częściej pojawiają się strategie oparte na poszukiwaniu wsparcia, akceptacji, a wśród osób pochodzących z dużych miast – strategie aktywnie odwracające uwagę od problemu.

W odniesieniu do samooceny i jej komponentów nie notuje się żadnych istotnych statystycznie różnic. Jedynie w przypadku obszaru integracja tożsamości i obronnego wzmacniania samooceny przeważają wyniki przeciętne; dla pozostałych stwierdza się tendencję do przesuwania ich w stronę wartości niskich. Postuluje się zatem pracę nad wszystkimi obszarami samooceny oraz zmniejszanie udziałów walce ze stresem w szczególności stylu skoncentrowanego na emocjach (korelującego

z podnoszeniem się poziomu stresu) poprzez wzmacnianie samokontroli i oceny atrakcyjności fizycznej (dodatnio korelują ze stylem skoncentrowanym na emocjach). W grupie osób pochodzących ze wsi i dużych miast większy nacisk należy położyć na wzmacnianie obszarów samooceny skorelowanych z występowaniem pasywnych i unikowych stylów walki ze stresem, czyli na: bycie kochanym, samokontrolę, atrakcyjność fizyczną, jak również integrację tożsamości i obronne wzmacnianie samooceny, z zaznaczeniem, iż w próbie osób pochodzących z miasta aktywność musi zostać ukierunkowana na rozwiązywanie problemu, a nie znajdowanie czynności stwarzających pozory zaangażowania, mających na celu jedynie odwrócenie uwagi od źródła stresu.

W grupach różnicowanych pozycją zawodową szczególną uwagę zwracają osoby niepracujące oraz uczniowie/studenci. Dominującym stylem walki ze stresem we wszystkich grupach był styl unikowy z podstylem angażowanie się w czynności zastępcze, ale badani stosowali inne strategie walki ze stresem: wśród uczniów/studentów najczęściej była to akceptacja, wśród niepracujących – poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, a wśród pracujących – aktywne sposoby pokonywania trudności. W porównaniu z osobami czynnymi zawodowo niepracujący istotnie częściej stosują strategie walki ze stresem takie jak zaprzeczanie i zaprzestanie działań. Słabiej niż czynni zawodowo ukierunkowują styl walki ze stresem na poszukiwanie kontaktów towarzyskich, a mocniej na emocje. Uczniowie/ studenci istotnie częściej stosują strategię poczucie humoru niż osoby czynne zawodowo; istotnie rzadziej niż niepracujący – strategię zaprzestanie działań, a częściej niż zarówno pracujący, jak i niepracujący badani – styl skoncentrowany na unikaniu i angażowaniu się w czynności zastępcze. Jednocześnie uczniowie/studenci oraz niepracujący uzyskują istotnie niższe wyniki niż pracujący dla ogólnej samooceny i w obszarach: kompetencje, bycie kochanym, samoakceptacja moralna. Czynni zawodowo uzyskują wyższe wyniki niż uczniowie/studenci w obszarach: samokontrola,

integracja tożsamości, obronne wzmacnianie samooceny, a wyższe niż niepracujący – w obszarach atrakcyjność fizyczna i witalność.

Należy podkreślić, iż w próbie osób niepracujących wystąpiła tendencja do odczuwania większego stresu niż w próbie uczniów/studentów. Wydaje się zatem zasadny wniosek, iż pozostawanie w relacji pracowniczej może się wiązać z poprawą jakości funkcjonowania i skuteczności walki ze stresem. Aktywność zawodowa wiąże się z pozyskiwaniem wsparcia z relacji społecznych, co więcej – z zadaniowością, odpowiedzialnością, samodzielnością, znajomością reguł społecznych, ale i dojrzałością. Praca zawodowa oferuje więcej niż pozostawanie w roli ucznia/studenta, które również łączy się ze wspieraniem rozwoju umiejętności grupowych, tożsamości, ale nie koresponduje z lokowaniem zewnętrznym motywacji do działań tak mocno jak w przypadku pozostawania w relacji pracy. To większa odpowiedzialność za kształtowanie relacji, za własny wizerunek, samokontrola, hamowanie negatywnych reakcji, pewien konformizm pomagający w budowaniu własnej samooceny, czego nie mają jeszcze uczniowie/studenci ze względu na poziom samodzielności w kierowaniu swoim życiem, a niepracujący ze względu na brak miejsca realizacji i wspierania rozwoju tych aspektów funkcjonowania społecznego. Pozycja zawodowa to właściwie jedyna zmienna, która sama w sobie może stanowić rodzaj terapii. Angażując osoby w relacje, obciążając zadaniami i odpowiedzialnością, kształtuje się u nich większą odporność, lepsze umiejętności zaradcze i wyższą samoocenę.

W przypadku grup różnicowanych rodzajem protezy słuchowej stwierdza się, iż dominująca strategia walki ze stresem osób z aparatami opiera się na akceptowaniu sytuacji, wśród osób niekorzystających z protez i implantowanych przeważa poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (jednocześnie stwierdzono istnienie różnicy międzygrupowej – osoby implantowane istotnie częściej stosują tę strategię niż niekorzystający z protez). We wszystkich grupach dominuje styl unikowy i angażowanie się w czynności zastępcze. Wyniki badań nad samooceną pokazują tendencję do niskich ocen (wyjątkiem

jest obszar integracja tożsamości – wyniki przeciętne dla wszystkich grup). Implantowani częściej korzystają ze strategii wyładowywane niż aparatowani. Osoby niekorzystające ze sprzętów słuchowych istotnie częściej niż implantowane stosują styl skoncentrowany na emocjach. Ze względu na różnice międzygrupowe szczególną uwagę w terapii powinno się zwrócić na zmniejszenie częstości stosowania strategii wyładowywanie wśród implantowanych i redukcję zaangażowania w walce ze stresem stylu skoncentrowanego na emocjach wśród osób niekorzystających z protez słuchowych. Należy do tego dążyć przez wzmacnianie stosowania innych stylów, a przede wszystkim wspieranie takich obszarów samooceny jak samokontrola i atrakcyjność fizyczna.

Badania grup wyodrębnionych ze względu na głębokość niedosłuchu wykazały największy udział w radzeniu sobie ze stresem stylu unikowego i angażowania się w czynności zastępcze oraz strategii akceptujących i poszukujących wsparcia. Stopień niedosłuchu koreluje z podejmowaniem aktywności w walce ze stresem. Niski poziom uszkodzenia sprzyja koncentracji na stylu zadaniowym, dążeniu do faktycznego rozwiązania problemu (istotna statystycznie różnica pomiędzy osobami z lekkim a osobami ze znacznym i głębokim niedosłuchem). Znaczny niedosłuch koresponduje z większym udziałem stylu unikowego, a głęboki – z większym udziałem strategii zaprzeczanie i czynnika zachowania unikowe w porównaniu z próbą z lekkim stopniem uszkodzenia słuchu.

Działania terapeutyczne przewidziane dla osób z niedosłuchem od umiarkowanego do głębokiego powinny zostać ukierunkowane dwutorowo. Po pierwsze, należy zmaksymalizować pracę urządzeń wspomagających percepcję sygnałów akustycznych w celu zapewnienia lepszej jakości komunikacji. Jak pokazują badania, mniejszy ubytek słuchu koreluje z podejmowaniem w pokonywaniu trudności aktywności nastawionej na zadanie, to z kolei warunkuje utrzymywanie prawidłowego poziomu stresu. Po drugie – wymagane jest wsparcie zwłaszcza takich obszarów samooceny, jak: bycie kochanym, samokontrola, atrakcyjność

fizyczna, integracja tożsamości i obronne wzmacnianie samooceny. Szczególnie ważny jest tu obszar obronne wzmacnianie samooceny, ponieważ jego umacnianie powoduje jednocześnie redukcję stresu i zaangażowania w walkę ze stresem stylu skoncentrowanego na unikaniu. Do wzmacniania ogólnego poziomu samooceny należy stosować oddziaływania w obszarach: zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna, integracja tożsamości.

Głównym postulatem dla pracy terapeutycznej jest wykorzystanie informacji dotyczących wzajemnych uwarunkowań poziomu stresu, stylów oraz strategii walki ze stresem i samooceny. Podstawą działań musi być diagnoza psychopedagogiczna ustalająca, w jakich relacjach społecznych pozostaje osoba z uszkodzonym słuchem, które obszary są kluczowe w projektowaniu oddziaływań (zarówno obszary wysoko, jak i nisko oceniane). Dzięki temu będzie można ustalić, w jakim kierunku i z wykorzystaniem jakich zasobów można prowadzić rehabilitację funkcjonalną[1].

Kolejnym postulatem jest objęcie terapią psychoterapeutyczną zarówno osób z uszkodzonym słuchem, jak i ich rodzin oraz ukierunkowanie jej na usprawnianie relacji społecznych, a przede wszystkim budowanie obrazu własnej osoby. Oddziaływania muszą uwzględniać specyfikę funkcjonowania osób oraz zmienne: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, sposób protezowania i głębokość niedosłuchu, ponieważ warunkują one nie tyle poziom stresu, ile sposoby walki ze stresem i poziom samooceny oraz jej komponentów. Ważnym elementem pracy terapeutycznej jest zwrócenie uwagi na umiejętność rozpoznawania, nawiązywania i podtrzymywania relacji, znajomość reguł funkcjonowania grupowego, ich rozumienie, a przede wszystkim elastyczność ich stosowania.

Nie mniej ważnym postulatem jest prowadzenie edukacji społecznej obejmującej podnoszenie świadomości dotyczącej uszkodzeń słuchu. Wzrastająca liczba osób dotkniętych tym problemem wymaga społecznego nagłośnienia zarówno samego

zjawiska, jak i wynikających z niedosłuchów trudności funkcjonalnych. Uszkodzenia słuchu mają charakter nieodwracalny z tendencją do pogłębiania się. Jedynie wczesna diagnoza i działania protetyczne pozwalają na zachowanie sprawności drogi słuchowej i przetwarzanie sygnałów nawet w sytuacji pogłębiającej się wady. To z kolei warunkuje funkcjonowanie społeczne oparte na werbalnej wymianie informacji. Podnoszenie świadomości społecznej pozwala nie tylko na lepsze zrozumienie osób słabosłyszących i ich potrzeb, ale także na przystosowanie się ich samych do nowej rzeczywistości, w której brakować będzie najważniejszego ze zmysłów, umożliwiającego komunikację.

---

1 W rozdziale 10 znajdują się schematyczne zestawienia relacji pomiędzy komponentami samooceny, poziomem stresu oraz stylami i strategiami walki ze stresem. Mogą one stanowić istotną pomoc dla terapeutów pracujących z osobami z uszkodzonym słuchem, podpowiadać kierunki prowadzenia terapii.

Zakończenie

Funkcjonowanie psychospołeczne osób z uszkodzonym słuchem jest stosunkowo słabo poznanym obszarem nauki. Badania w tym zakresie wymagają od badacza nie tylko wiedzy psychologicznej i pedagogicznej, ale także – ze względu na osoby badane – odpowiedniej wrażliwości, a przede wszystkim przygotowania procedur badawczych, doboru metod i weryfikacji danych nie przez pryzmat inności jako ułomności, lecz specyficznych potrzeb.

Opisywane badania zostały poprzedzone długimi przygotowaniami, uwzględniającymi dobór odpowiednich narzędzi uwzględniających wydolność respondentów oraz opracowanie objaśnień w polskim języku migowym wspomagających rozumienie treści poleceń oraz itemów w kwestionariuszach. Rekrutacja objęła ponad 400 osób z różnym stopniem uszkodzenia słuchu, tak by przeprowadzone badania dały możliwie najrzetelniejszy pomiar. Istotny był dobór odpowiednich metod statystycznych, pozwalających na odnalezienie w ogromie informacji tych kluczowych dla obranego celu badań i na finalne sformułowanie odpowiedzi na pytania badawcze. Projekt wymagał także prac informatycznych, przygotowania skomplikowanych algorytmów redukcji prób, by możliwe było czynienie porównań.

Wyniki badań dostarczają wielu nowych i bardzo ważnych informacji na temat specyfiki funkcjonowania osób z uszkodzonym słuchem. Koncentrują się na odnalezieniu współzależności pomiędzy poziomem stresu, strategiami i stylami walki ze stresem oraz samooceną i jej komponentami. W badaniach uwzględniono takie zmienne, jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja

zawodowa, rodzaj protezy słuchowej i głębokość niedosłuchu. Pozwoliło to na odszukanie związków statystycznych, określenie, które zmienne istotnie różnicują wyniki badań oraz jakie występują różnice międzygrupowe. Przede wszystkim zaś umożliwiło oszacowanie poziomu stresu, udziału strategii i stylów w walce ze stresem oraz poziomu samooceny i jej obszarów wśród kobiet i mężczyzn, osób w wieku młodzieńczym i wczesnej dorosłości, osób mieszkających w małych i dużych miastach oraz na wsiach, uczniów/studentów, badanych czynnych zawodowo i niepracujących, z aparatami słuchowymi, z implantami i tych, którzy pomimo uszkodzenia słuchu nie zdecydowali się na korzystanie ze sprzętów wspomagających słyszenie, osób z lekkim, umiarkowanym, znacznym i głębokim stopniem niedosłuchu.

Zidentyfikowanie związków pomiędzy poziomem stresu i sposobami walki ze stresem umożliwiło ustalenie m.in. tego, które sposoby korelują z podwyższaniem się poziomu stresu, które przyczyniają się do jego obniżenia. Podobne funkcje miało określenie związków pomiędzy poziomem stresu a samooceną i jej obszarami. Ukazano, co warunkuje niski, a co wysoki poziom stresu, oraz stwierdzono występowanie związku pomiędzy samooceną a poziomem stresu. Wskazano, które obszary samooceny wspierają aktywne, poszukujące, pasywne czy skoncentrowane na emocjach sposoby pokonywania stresu. Ustalono uwarunkowania samooceny i jej obszarów poziomem stresu, stylami i strategiami walki ze stresem, a także relacjami pomiędzy komponentami samooceny. Dzięki temu udało się określić, w jakim kierunku i poprzez wzmacnianie których elementów modelu uwarunkowań stresu i samooceny można wzmacniać zasoby osobiste osób z uszkodzonym słuchem.

Pozyskane dane mogą się przyczynić do lepszego projektowania i dostosowania programów terapeutycznych oraz do ich większej indywidualizacji. Pokazują, iż nie tylko obszar komunikacji wśród osób z uszkodzonym słuchem wymaga wsparcia. Ludzie ci walczą z przeciwnościami losu, mając nadwyrężone zasoby w postaci samooceny i jej komponentów, w

szczególności poczucia kompetencji, bycia kochanym, popularności, zdolności przywódczych, samokontroli, samoakceptacji moralnej czy witalności. Mimo że brakuje sił i środków, nadal nie uskarżają się na podwyższony poziom stresu, walczą, używając takich zasobów, w jakie zostali zaopatrzeni. Od terapeutów i osób odpowiedzialnych za ich funkcjonowanie – ale też od nich samych – zależy, czy będą mogli i chcieli dokonać zmian, które odciążą ich w tej walce.

W toku dalszych badań planuje się poszerzenie podjętej problematyki o inne konstrukty osobowościowe osób z uszkodzonym słuchem, takie jak: optymizm, prężność, twardość, struktury tworzące osobowość czy cechy temperamentu. Poszukiwania skupią się na wzajemnych uwarunkowaniach tych obszarów i ich wpływie na jakość życia osób z uszkodzonym słuchem. Pozwolą na lepszy i precyzyjniejszy dobór procedur oraz metod rehabilitacji, ze szczególnym uwzględnieniem kontekstu społecznego funkcjonowania.

Aneks

Załącznik 1

Podstawowe statystyki opisowe oraz test Kołmogorowa–Smirnowa normalności rozkładu wyników badań kwestionariuszami PSS-10, Mini-COPE, CISS, MSEI z redukcją prób z uwzględnieniem zmiennych demograficznych wykorzystywanych w badaniach

	M	*Me*	*SD*	Sk.	Kurt.	Min.	Max.	*K–S*	*p*
Poziom stresu PSS-10 ogółem	18,84	19	5,26	–0,11	0,25	1	33	0,05	0,203
Poziom stresu PSS-10 w podgrupach badawczych – płeć									
Poziom stresu PSS-10 – w podziale na płeć – mężczyźni	18,46	18	5,13	0,00	0,13	4	32	0,07	0,353
Poziom stresu PSS-10 – w podziale na płeć – kobiety	19,18	19	5,36	–0,21	0,42	1	33	0,06	0,322
Poziom stresu PSS-10 w podgrupach badawczych – wiek									
Poziom stresu PSS-10 – w podziale na wiek – wiek młodzieńczy	18,79	18	5,12	0,04	0,66	4	33	0,72	0,253
Poziom stresu PSS-10 – w podziale na wiek – wiek wczesnej dorosłości	18,89	19	5,38	–0,23	–0,01	1	31	0,06	0,401
Poziom stresu PSS-10 w podgrupach badawczych – miejsce zamieszkania									
Poziom stresu PSS-10 – w podziale na miejsce zamieszkania – małe miasto	19,20	19	5,35	–0,07	0,91	1	33	0,07	0,591
Poziom stresu PSS-10 – w podziale na miejsce zamieszkania – wieś	19,29	19	4,56	–0,03	0,54	4	32	0,08	0,366
Poziom stresu PSS-10 – w podziale na miejsce zamieszkania – duże miasto	18,08	18	5,76	–0,06	–0,46	4	30	0,06	0,686
Poziom stresu PSS-10 w podgrupach badawczych – pozycja zawodowa ogółem (próba wyrównywana)	19,04	19	5,47	–0,19	0,11	1	33	0,06	0,244

	M	*Me*	*SD*	Sk.	Kurt.	Min.	Max.	*K–S*	*p*
Poziom stresu PSS-10 – uczniowie/ studenci	18,56	18	5,45	0,17	0,27	4	33	0,08	0,568
Poziom stresu PSS-10 – czynni zawodowo	19,09	19	5,16	–0,12	–0,48	8	30	0,08	0,559
Poziom stresu PSS-10 – niepracujący	19,53	20	5,82	–0,61	0,73	1	32	0,08	0,605
Poziom stresu PSS-10 w podgrupach badawczych – sposób protezowania ogółem (próba wyrównywana)	19,29	19	5,52	0,26	–0,22	8	33	0,07	0,389
Poziom stresu PSS-10 – aparatowani	19,91	20	5,14	0,27	0,10	10	33	0,08	0,769
Poziom stresu PSS-10 – implantowani	18,33	17	5,02	0,67	0,26	8	31	0,14	0,155
Poziom stresu PSS-10 – brak protezy	19,59	20	6,19	0,01	–0,47	8	33	0,08	0,758
Poziom stresu PSS-10 w podgrupach badawczych – głębokość niedosłuchu ogółem (próba wyrównywana)	18,57	18	5,21	0,04	0,04	4	33	0,06	0,149
Poziom stresu PSS-10 – niedosłuch lekki	18,69	18	6,01	0,08	–0,29	6	33	0,07	0,772
Poziom stresu PSS-10 – niedosłuch umiarkowany	17,69	18	4,99	0,19	0,11	6	30	0,09	0,543
Poziom stresu PSS-10 – niedosłuch znaczny	19,89	19	4,60	0,02	–0,30	9	30	0,08	0,622
Poziom stresu PSS-10 – niedosłuch głęboki	17,70	18	4,89	–0,02	0,55	4	32	0,10	0,326
Mini-COPE – wyniki: próba ogółem									
Mini-COPE Skala 01	1,83	2,00	0,72	–0,35	–0,10	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 02	1,81	2,00	0,71	–0,29	–0,21	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 03	1,71	2,00	0,69	–0,09	–0,29	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 04	1,82	2,00	0,68	–0,25	–0,19	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 05	1,14	1,00	0,82	0,41	–0,61	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 06	1,30	1,00	0,97	0,17	–1,08	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 07	1,82	2,00	0,76	–0,34	–0,39	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 08	1,85	2,00	0,79	–0,38	–0,51	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 09	1,81	2,00	0,76	–0,37	–0,34	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 10	1,15	1,00	0,79	0,17	–0,84	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 11	1,44	1,50	0,71	–0,09	–0,46	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 12	0,59	0,00	0,83	1,32	0,75	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 13	1,09	1,00	0,78	0,43	–0,47	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 14	1,40	1,50	0,76	0,21	–0,43	0	3	–	–
Mini-COPE – wyniki w podgrupach badawczych: płeć									
Mini-COPE mężczyźni Skala 01	1,76	2,00	0,76	–0,36	–0,25	0	3	–	–
Mini-COPE mężczyźni Skala 02	1,72	2,00	0,73	–0,26	–0,17	0	3	–	–

Mini-COPE mężczyźni Skala 03	1,62	1,50	0,68	–0,12	–0,18	0	3	–	–
Mini-COPE mężczyźni Skala 04	1,87	2,00	0,66	–0,33	–0,09	0	3	–	–
Mini-COPE mężczyźni Skala 05	1,20	1,00	0,82	0,37	–0,63	0	3	–	–
Mini-COPE mężczyźni Skala 06	1,18	1,00	0,95	0,37	–0,96	0	3	–	–
Mini-COPE mężczyźni Skala 07	1,74	2,00	0,79	–0,30	–0,35	0	3	–	–
Mini-COPE mężczyźni Skala 08	1,76	2,00	0,83	–0,31	–0,61	0	3	–	–
Mini-COPE mężczyźni Skala 09	1,75	2,00	0,77	–0,31	–0,45	0	3	–	–
Mini-COPE mężczyźni Skala 10	1,15	1,00	0,79	0,17	–0,84	0	3	–	–
Mini-COPE mężczyźni Skala 11	1,36	1,50	0,66	–0,06	–0,40	0	3	–	–
Mini-COPE mężczyźni Skala 12	0,66	0,00	0,87	1,25	0,60	0	3	–	–
Mini-COPE mężczyźni Skala 13	1,09	1,00	0,80	0,53	–0,41	0	3	–	–
Mini-COPE mężczyźni Skala 14	1,37	1,50	0,72	0,29	–0,25	0	3	–	–
Mini-COPE kobiety Skala 01	1,89	2,00	0,67	–0,27	–0,06	0	3	–	–
Mini-COPE kobiety Skala 02	1,89	2,00	0,69	–0,30	–0,26	0	3	–	–
Mini-COPE kobiety Skala 03	1,80	2,00	0,68	–0,07	–0,41	0	3	–	–
Mini-COPE kobiety Skala 04	1,78	2,00	0,70	–0,18	–0,24	0	3	–	–
Mini-COPE kobiety Skala 05	1,09	1,00	0,82	0,45	–0,57	0	3	–	–
Mini-COPE kobiety Skala 06	1,41	1,50	0,98	0,00	–1,08	0	3	–	–
Mini-COPE kobiety Skala 07	1,89	2,00	0,73	–0,36	–0,47	0	3	–	–
Mini-COPE kobiety Skala 08	1,94	2,00	0,74	–0,40	–0,45	0	3	–	–
Mini-COPE kobiety Skala 09	1,86	2,00	0,76	–0,43	–0,19	0	3	–	–
Mini-COPE kobiety Skala 10	1,15	1,00	0,79	0,17	–0,83	0	3	–	–
Mini-COPE kobiety Skala 11	1,51	1,50	0,75	–0,18	–0,50	0	3	–	–
Mini-COPE kobiety Skala 12	0,53	0,00	0,79	1,37	0,84	0	3	–	–
Mini-COPE kobiety Skala 13	1,08	1,00	0,76	0,33	–0,54	0	3	–	–
Mini-COPE kobiety Skala 14	1,42	1,50	0,79	0,14	–0,56	0	3	–	–
Mini-COPE – wyniki w podgrupach badawczych: wiek									
Mini-COPE wiek młodzieńczy Skala 01	1,74	2,00	0,68	–0,14	–0,23	0	3	–	–
Mini-COPE wiek młodzieńczy Skala 02	1,80	2,00	0,72	–0,01	–0,62	0	3	–	–
Mini-COPE wiek młodzieńczy Skala 03	1,70	1,50	0,68	–0,07	–0,34	0	3	–	–
Mini-COPE wiek młodzieńczy Skala 04	1,83	2,00	0,68	–0,27	–0,03	0	3	–	–
Mini-COPE wiek młodzieńczy Skala 05	1,21	1,00	0,84	0,40	–0,65	0	3	–	–
Mini-COPE wiek młodzieńczy Skala 06	1,24	1,00	0,96	0,18	–1,06	0	3	–	–
Mini-COPE wiek młodzieńczy Skala 07	1,76	2,00	0,74	–0,33	–0,21	0	3	–	–
Mini-COPE wiek młodzieńczy Skala 08	1,79	2,00	0,81	–0,26	–0,69	0	3	–	–
Mini-COPE wiek młodzieńczy Skala09	1,82	2,00	0,72	–0,47	–0,10	0	3	–	–
Mini-COPE wiek młodzieńczy Skala 10	1,14	1,00	0,75	0,05	–0,90	0	3	–	–

	M	*Me*	*SD*	Sk.	Kurt.	Min.	Max.	*K–S*	*p*
Mini-COPE wiek młodzieńczy Skala 11	1,40	1,50	0,70	–0,16	–0,52	0	3	–	–
Mini-COPE wiek młodzieńczy Skala 12	0,59	0,00	0,82	1,24	0,44	0	3	–	–
Mini-COPE wiek młodzieńczy Skala 13	1,08	1,00	0,77	0,36	–0,55	0	3	–	–
Mini-COPE wiek młodzieńczy Skala 14	1,41	1,50	0,77	0,28	–0,48	0	3	–	–
Mini-COPE wiek wczesnej dorosłości Skala 01	1,90	2,00	0,74	–0,55	0,16	0	3	–	–
Mini-COPE wiek wczesnej dorosłości Skala 02	1,81	2,00	0,71	–0,55	0,19	0	3	–	–
Mini-COPE wiek wczesnej dorosłości Skala 03	1,73	2,00	0,69	–0,11	–0,22	0	3	–	–
Mini-COPE wiek wczesnej dorosłości Skala 04	1,82	2,00	0,69	–0,23	–0,31	0	3	–	–
Mini-COPE wiek wczesnej dorosłości Skala 05	1,08	1,00	0,79	0,39	–0,61	0	3	–	–
Mini-COPE wiek wczesnej dorosłości Skala 06	1,35	1,00	0,98	0,16	–1,11	0	3	–	–
Mini-COPE wiek wczesnej dorosłości Skala 07	1,87	2,00	0,78	–0,38	–0,49	0	3	–	–
Mini-COPE wiek wczesnej dorosłości Skala 08	1,90	2,00	0,77	–0,49	–0,26	0	3	–	–
Mini-COPE wiek wczesnej dorosłości Skala 09	1,80	2,00	0,80	–0,30	–0,50	0	3	–	–
Mini-COPE wiek wczesnej dorosłości Skala 10	1,15	1,00	0,83	0,24	–0,83	0	3	–	–
Mini-COPE wiek wczesnej dorosłości Skala 11	1,48	1,50	0,73	–0,06	–0,43	0	3	–	–
Mini-COPE wiek wczesnej dorosłości Skala 12	0,58	0,00	0,84	1,39	1,06	0	3	–	–
Mini-COPE wiek wczesnej dorosłości Skala 13	1,10	1,00	0,79	0,50	–0,40	0	3	–	–
Mini-COPE wiek wczesnej dorosłości Skala 14	1,39	1,50	0,75	0,15	–0,38	0	3	–	–
Mini-COPE – wyniki w podgrupach badawczych: miejsce zamieszkania									
Mini-COPE duże miasto Skala 01	1,88	2,00	0,75	–0,48	0,01	0	3	–	–
Mini-COPE duże miasto Skala 02	1,88	2,00	0,73	–0,49	–0,03	0	3	–	–
Mini-COPE duże miasto Skala 03	1,73	1,50	0,70	–0,09	–0,32	0	3	–	–
Mini-COPE duże miasto Skala 04	1,83	2,00	0,71	–0,22	–0,40	0	3	–	–
Mini-COPE duże miasto Skala 05	1,14	1,00	0,82	0,29	–0,80	0	3	–	–
Mini-COPE duże miasto Skala 06	1,21	1,00	1,03	0,30	–1,17	0	3	–	–
Mini-COPE duże miasto Skala 07	1,79	2,00	0,78	–0,36	–0,49	0	3	–	–
Mini-COPE duże miasto Skala 08	1,86	2,00	0,83	–0,36	–0,70	0	3	–	–
Mini-COPE duże miasto Skala 09	1,89	2,00	0,80	–0,63	–0,05	0	3	–	–
Mini-COPE duże miasto Skala 10	1,05	1,00	0,77	0,29	–0,71	0	3	–	–
Mini-COPE duże miasto Skala 11	1,40	1,50	0,72	–0,11	–0,62	0	3	–	–

Mini-COPE duże miasto Skala 12	0,57	0,00	0,84	1,46	1,25	0	3	–	–
Mini-COPE duże miasto Skala 13	0,98	1,00	0,79	0,66	–0,02	0	3	–	–
Mini-COPE duże miasto Skala 14	1,36	1,50	0,72	0,14	–0,27	0	3	–	–
Mini-COPE małe miasto Skala 01	1,69	2,00	0,68	–0,14	–0,21	0	3	–	–
Mini-COPE małe miasto Skala 02	1,65	1,50	0,72	–0,15	–0,23	0	3	–	–
Mini-COPE małe miasto Skala 03	1,60	1,50	0,66	–0,03	–0,20	0	3	–	–
Mini-COPE małe miasto Skala 04	1,79	2,00	0,71	–0,20	–0,08	0	3	–	–
Mini-COPE małe miasto Skala 05	1,14	1,00	0,82	0,50	–0,42	0	3	–	–
Mini-COPE małe miasto Skala 06	1,33	1,50	0,97	0,11	–1,15	0	3	–	–
Mini-COPE małe miasto Skala 07	1,80	2,00	0,80	–0,36	–0,41	0	3	–	–
Mini-COPE małe miasto Skala 08	1,85	2,00	0,78	–0,32	–0,57	0	3	–	–
Mini-COPE małe miasto Skala 09	1,75	1,50	0,72	–0,20	–0,36	0	3	–	–
Mini-COPE małe miasto Skala 10	1,30	1,50	0,78	0,10	–0,66	0	3	–	–
Mini-COPE małe miasto Skala 11	1,46	1,50	0,72	0,10	–0,23	0	3	–	–
Mini-COPE małe miasto Skala 12	0,57	0,00	0,82	1,40	1,13	0	3	–	–
Mini-COPE małe miasto Skala 13	1,24	1,00	0,82	0,12	–0,88	0	3	–	–
Mini-COPE małe miasto Skala 14	1,45	1,50	0,79	0,24	–0,55	0	3	–	–
Mini-COPE wieś Skala 01	1,93	2,00	0,70	–0,52	0,27	0	3	–	–
Mini-COPE wieś Skala 02	1,90	2,00	0,67	–0,20	–0,25	0	3	–	–
Mini-COPE wieś Skala 03	1,83	2,00	0,69	–0,21	–0,17	0	3	–	–
Mini-COPE wieś Skala 04	1,84	2,00	0,63	–0,36	–0,04	0	3	–	–
Mini-COPE wieś Skala 05	1,14	1,00	0,81	0,44	–0,56	0	3	–	–
Mini-COPE wieś Skala 06	1,36	1,50	0,91	0,13	–0,80	0	3	–	–
Mini-COPE wieś Skala 07	1,88	2,00	0,70	–0,23	–0,35	0	3	–	–
Mini-COPE wieś Skala 08	1,85	2,00	0,75	–0,49	–0,10	0	3	–	–
Mini-COPE wieś Skala 09	1,79	2,00	0,76	–0,28	–0,47	0	3	–	–
Mini-COPE wieś Skala 10	1,09	1,00	0,80	0,14	–1,10	0	3	–	–
Mini-COPE wieś Skala 11	1,46	1,50	0,71	–0,30	–0,49	0	3	–	–
Mini-COPE wieś Skala 12	0,62	0,00	0,84	1,10	0,04	0	3	–	–
Mini-COPE wieś Skala 13	1,03	1,00	0,70	0,54	–0,06	0	3	–	–
Mini-COPE wieś Skala 14	1,40	1,50	0,78	0,20	–0,48	0	3	–	–
Mini-COPE – próba redukowana: pozycja zawodowa ogółem									
Mini-COPE Skala 01	1,85	2,00	0,72	–0,30	–0,21	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 02	1,80	2,00	0,69	–0,29	–0,20	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 03	1,75	2,00	0,68	–0,12	–0,23	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 04	1,83	2,00	0,66	–0,27	0,00	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 05	1,16	1,00	0,82	0,34	–0,67	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 06	1,32	1,00	0,96	0,20	–1,05	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 07	1,88	2,00	0,74	–0,35	–0,31	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 08	1,92	2,00	0,77	–0,44	–0,44	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 09	1,81	2,00	0,73	–0,34	–0,26	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 10	1,18	1,00	0,81	0,18	–0,79	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 11	1,51	1,50	0,74	–0,17	–0,45	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 12	0,56	0,00	0,81	1,38	1,00	0	3	–	–

	M	*Me*	*SD*	Sk.	Kurt.	Min.	Max.	*K–S*	*p*
Mini-COPE Skala 13	1,10	1,00	0,78	0,38	–0,48	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 14	1,39	1,50	0,77	0,33	–0,39	0	3	–	–
Mini-COPE – wyniki w podgrupach badawczych: pozycja zawodowa									
Mini-COPE uczeń/student Skala 01	1,79	2,00	0,69	–0,20	–0,15	0	3	–	–
Mini-COPE uczeń/student Skala 02	1,80	1,50	0,66	0,10	–0,49	1	3	–	–
Mini-COPE uczeń/student Skala 03	1,74	1,50	0,67	0,06	–0,27	0	3	–	–
Mini-COPE uczeń/student Skala 04	1,92	2,00	0,63	–0,03	–0,07	0	3	–	–
Mini-COPE uczeń/student Skala 05	1,35	1,50	0,88	0,19	–0,89	0	3	–	–
Mini-COPE uczeń/student Skala 06	1,26	1,50	0,96	0,19	–0,99	0	3	–	–
Mini-COPE uczeń/student Skala 07	1,83	2,00	0,71	–0,24	–0,19	0	3	–	–
Mini-COPE uczeń/student Skala 08	1,88	2,00	0,77	–0,35	–0,43	0	3	–	–
Mini-COPE uczeń/student Skala 09	1,79	2,00	0,75	–0,46	–0,26	0	3	–	–
Mini-COPE uczeń/student Skala 10	1,13	1,00	0,72	–0,05	–0,98	0	3	–	–
Mini-COPE uczeń/student Skala 11	1,48	1,50	0,72	–0,33	–0,55	0	3	–	–
Mini-COPE uczeń/student Skala 12	0,65	0,00	0,86	1,11	0,11	0	3	–	–
Mini-COPE uczeń/student Skala 13	1,05	1,00	0,71	0,18	–0,84	0	3	–	–
Mini-COPE uczeń/student Skala 14	1,38	1,50	0,77	0,27	–0,29	0	3	–	–
Mini-COPE czynny zawodowo Skala 01	1,97	2,00	0,81	–0,44	–0,44	0	3	–	–
Mini-COPE czynny zawodowo Skala 02	1,88	2,00	0,72	–0,47	–0,33	0	3	–	–
Mini-COPE czynny zawodowo Skala 03	1,81	2,00	0,69	–0,30	–0,32	0	3	–	–
Mini-COPE czynny zawodowo Skala 04	1,84	2,00	0,66	–0,28	–0,01	0	3	–	–
Mini-COPE czynny zawodowo Skala 05	1,03	1,00	0,74	0,33	–0,63	0	3	–	–
Mini-COPE czynny zawodowo Skala 06	1,38	1,00	1,00	0,19	–1,17	0	3	–	–
Mini-COPE czynny zawodowo Skala 07	1,96	2,00	0,78	–0,42	–0,53	0	3	–	–
Mini-COPE czynny zawodowo Skala 08	1,91	2,00	0,77	–0,49	–0,35	0	3	–	–
Mini-COPE czynny zawodowo Skala 09	1,87	2,00	0,70	–0,27	0,06	0	3	–	–
Mini-COPE czynny zawodowo Skala 10	1,02	1,00	0,80	0,37	–0,60	0	3	–	–
Mini-COPE czynny zawodowo Skala 11	1,41	1,50	0,75	–0,07	–0,52	0	3	–	–
Mini-COPE czynny zawodowo Skala 12	0,42	0,00	0,77	1,94	3,20	0	3	–	–
Mini-COPE czynny zawodowo Skala 13	0,93	1,00	0,78	0,70	0,25	0	3	–	–
Mini-COPE czynny zawodowo Skala 14	1,27	1,00	0,71	0,40	–0,36	0	3	–	–
Mini-COPE niepracujący Skala 01	1,79	2,00	0,65	–0,46	0,38	0	3	–	–
Mini-COPE niepracujący Skala 02	1,69	2,00	0,69	–0,49	0,28	0	3	–	–

Mini-COPE niepracujący Skala 03	1,71	2,00	0,67	–0,14	0,14	0	3	–	–
Mini-COPE niepracujący Skala 04	1,71	2,00	0,70	–0,40	–0,13	0	3	–	–
Mini-COPE niepracujący Skala 05	1,09	1,00	0,79	0,35	–0,62	0	3	–	–
Mini-COPE niepracujący Skala 06	1,31	1,00	0,94	0,21	–0,99	0	3	–	–
Mini-COPE niepracujący Skala 07	1,85	2,00	0,74	–0,44	0,02	0	3	–	–
Mini-COPE niepracujący Skala 08	1,98	2,00	0,79	–0,51	–0,41	0	3	–	–
Mini-COPE niepracujący Skala 09	1,75	2,00	0,76	–0,25	–0,47	0	3	–	–
Mini-COPE niepracujący Skala 10	1,40	1,50	0,87	0,01	–0,92	0	3	–	–
Mini-COPE niepracujący Skala 11	1,67	1,50	0,74	–0,14	–0,23	0	3	–	–
Mini-COPE niepracujący Skala 12	0,60	0,00	0,80	1,25	0,82	0	3	–	–
Mini-COPE niepracujący Skala 13	1,33	1,50	0,79	0,22	–0,74	0	3	–	–
Mini-COPE niepracujący Skala 14	1,52	1,50	0,83	0,23	–0,53	0	3	–	–
Mini-COPE – próba redukowana: sposób protezowania ogółem									
Mini-COPE Skala 01	1,74	2,00	0,76	–0,39	–0,21	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 02	1,72	2,00	0,71	–0,19	–0,36	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 03	1,64	1,50	0,72	0,07	–0,43	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 04	1,79	2,00	0,72	–0,33	–0,26	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 05	1,22	1,00	0,83	0,26	–0,84	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 06	1,25	1,00	0,97	0,24	–1,04	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 07	1,79	2,00	0,79	–0,39	–0,29	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 08	1,86	2,00	0,83	–0,36	–0,58	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 09	1,83	2,00	0,79	–0,38	–0,42	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 10	1,13	1,00	0,75	0,09	–0,72	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 11	1,46	1,50	0,70	0,01	–0,40	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 12	0,61	0,00	0,81	1,21	0,45	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 13	1,11	1,00	0,74	0,42	–0,22	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 14	1,43	1,50	0,74	0,09	–0,26	0	3	–	–
Mini-COPE – wyniki w podgrupach badawczych: sposób protezowania									
Mini-COPE aparat Skala 01	1,75	2,00	0,76	–0,33	–0,09	0	3	–	–
Mini-COPE aparat Skala 02	1,77	2,00	0,63	0,03	–0,47	1	3	–	–
Mini-COPE aparat Skala 03	1,60	1,50	0,70	–0,02	–0,53	0	3	–	–
Mini-COPE aparat Skala 04	1,88	2,00	0,63	–0,23	–0,57	1	3	–	–
Mini-COPE aparat Skala 05	1,28	1,50	0,88	0,05	–1,00	0	3	–	–
Mini-COPE aparat Skala 06	1,26	1,00	0,89	0,17	–0,88	0	3	–	–
Mini-COPE aparat Skala 07	1,73	2,00	0,78	–0,38	–0,01	0	3	–	–
Mini-COPE aparat Skala 08	1,68	1,75	0,84	–0,12	–0,74	0	3	–	–
Mini-COPE aparat Skala 09	1,88	2,00	0,78	–0,50	–0,28	0	3	–	–
Mini-COPE aparat Skala 10	1,18	1,00	0,72	–0,09	–0,95	0	3	–	–
Mini-COPE aparat Skala 11	1,38	1,50	0,66	0,25	–0,26	0	3	–	–
Mini-COPE aparat Skala 12	0,68	0,00	0,93	1,07	–0,30	0	3	–	–
Mini-COPE aparat Skala 13	1,25	1,00	0,79	0,33	–0,61	0	3	–	–
Mini-COPE aparat Skala 14	1,50	1,50	0,70	0,12	–0,11	0	3	–	–
Mini-COPE implant Skala 01	1,75	2,00	0,76	–0,33	–0,09	0	3	–	–

	M	*Me*	*SD*	Sk.	Kurt.	Min.	Max.	*K–S*	*p*
Mini-COPE implant Skala 02	1,77	2,00	0,63	0,03	–0,47	1	3	–	–
Mini-COPE implant Skala 03	1,60	1,50	0,70	–0,02	–0,53	0	3	–	–
Mini-COPE implant Skala 04	1,88	2,00	0,63	–0,23	–0,57	1	3	–	–
Mini-COPE implant Skala 05	1,28	1,50	0,88	0,05	–1,00	0	3	–	–
Mini-COPE implant Skala 06	1,26	1,00	0,89	0,17	–0,88	0	3	–	–
Mini-COPE implant Skala 07	1,73	2,00	0,78	–0,38	–0,01	0	3	–	–
Mini-COPE implant Skala 08	1,68	1,75	0,84	–0,12	–0,74	0	3	–	–
Mini-COPE implant Skala 09	1,88	2,00	0,78	–0,50	–0,28	0	3	–	–
Mini-COPE implant Skala 10	1,18	1,00	0,72	–0,09	–0,95	0	3	–	–
Mini-COPE implant Skala 11	1,38	1,50	0,66	0,25	–0,26	0	3	–	–
Mini-COPE implant Skala 12	0,68	0,00	0,93	1,07	–0,30	0	3	–	–
Mini-COPE implant Skala 13	1,25	1,00	0,79	0,33	–0,61	0	3	–	–
Mini-COPE implant Skala 14	1,50	1,50	0,70	0,12	–0,11	0	3	–	–
Mini-COPE nieużywający protez Skala 01	1,84	2,00	0,73	–0,26	–0,18	0	3	–	–
Mini-COPE nieużywający protez Skala 02	1,74	2,00	0,72	–0,07	–0,26	0	3	–	–
Mini-COPE nieużywający protez Skala 03	1,66	1,50	0,80	0,12	–0,62	0	3	–	–
Mini-COPE nieużywający protez Skala 04	1,78	2,00	0,74	–0,02	–0,80	1	3	–	–
Mini-COPE nieużywający protez Skala 05	1,23	1,00	0,80	0,33	–0,71	0	3	–	–
Mini-COPE nieużywający protez Skala 06	1,29	1,00	1,04	0,22	–1,19	0	3	–	–
Mini-COPE nieużywający protez Skala 07	1,96	2,00	0,76	–0,43	–0,16	0	3	–	–
Mini-COPE nieużywający protez Skala 08	2,04	2,00	0,84	–0,52	–0,61	0	3	–	–
Mini-COPE nieużywający protez Skala 09	1,90	2,00	0,83	–0,61	–0,04	0	3	–	–
Mini-COPE nieużywający protez Skala 10	1,10	1,00	0,78	0,29	–0,42	0	3	–	–
Mini-COPE nieużywający protez Skala 11	1,66	1,50	0,70	–0,23	–0,07	0	3	–	–
Mini-COPE nieużywający protez Skala 12	0,70	0,25	0,87	1,03	0,04	0	3	–	–
Mini-COPE nieużywający protez Skala 13	1,13	1,00	0,71	0,41	0,20	0	3	–	–
Mini-COPE nieużywający protez Skala 14	1,43	1,50	0,80	0,12	–0,34	0	3	–	–
Mini-COPE – próba redukowana: głębokość niedosłuchu ogółem									
Mini-COPE Skala 01	1,82	2,00	0,70	–0,34	–0,08	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 02	1,79	2,00	0,70	–0,23	–0,20	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 03	1,71	2,00	0,68	–0,01	–0,37	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 04	1,81	2,00	0,70	–0,28	–0,28	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 05	1,12	1,00	0,82	0,42	–0,58	0	3	–	–

Mini-COPE Skala 06	1,31	1,00	0,98	0,13	–1,12	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 07	1,81	2,00	0,74	–0,35	–0,29	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 08	1,86	2,00	0,80	–0,39	–0,54	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 09	1,82	2,00	0,76	–0,41	–0,25	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 10	1,16	1,00	0,79	0,16	–0,86	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 11	1,46	1,50	0,71	–0,08	–0,48	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 12	0,55	0,00	0,81	1,43	1,08	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 13	1,09	1,00	0,78	0,44	–0,47	0	3	–	–
Mini-COPE Skala 14	1,43	1,50	0,77	0,20	–0,48	0	3	–	–
Mini-COPE – wyniki w podgrupach badawczych: głębokość niedosłuchu									
Mini-COPE lekki Skala 01	1,97	2,00	0,60	0,11	–0,67	1	3	–	–
Mini-COPE lekki Skala 02	1,92	2,00	0,60	0,37	–0,41	1	3	–	–
Mini-COPE lekki Skala 03	1,72	2,00	0,67	–0,11	–0,33	0	3	–	–
Mini-COPE lekki Skala 04	1,75	2,00	0,64	–0,02	–0,53	1	3	–	–
Mini-COPE lekki Skala 05	1,16	1,00	0,82	0,42	–0,53	0	3	–	–
Mini-COPE lekki Skala 06	1,20	1,00	0,99	0,18	–1,12	0	3	–	–
Mini-COPE lekki Skala 07	1,83	2,00	0,79	–0,27	–0,60	0	3	–	–
Mini-COPE lekki Skala 08	1,89	2,00	0,87	–0,37	–0,71	0	3	–	–
Mini-COPE lekki Skala 09	1,69	1,75	0,80	–0,36	–0,59	0	3	–	–
Mini-COPE lekki Skala 10	0,97	1,00	0,70	0,50	–0,16	0	3	–	–
Mini-COPE lekki Skala 11	1,40	1,50	0,65	0,01	–0,27	0	3	–	–
Mini-COPE lekki Skala 12	0,59	0,00	0,83	1,09	–0,11	0	3	–	–
Mini-COPE lekki Skala 13	1,01	1,00	0,75	0,62	0,05	0	3	–	–
Mini-COPE lekki Skala 14	1,37	1,50	0,81	0,23	–0,45	0	3	–	–
Mini-COPE umiarkowany Skala 01	1,71	2,00	0,76	–0,33	–0,04	0	3	–	–
Mini-COPE umiarkowany Skala 02	1,64	1,50	0,76	–0,16	–0,44	0	3	–	–
Mini-COPE umiarkowany Skala 03	1,70	1,50	0,69	–0,09	–0,18	0	3	–	–
Mini-COPE umiarkowany Skala 04	1,77	2,00	0,73	–0,36	–0,18	0	3	–	–
Mini-COPE umiarkowany Skala 05	1,11	1,00	0,84	0,44	–0,47	0	3	–	–
Mini-COPE umiarkowany Skala 06	1,26	1,00	0,96	0,29	–0,99	0	3	–	–
Mini-COPE umiarkowany Skala 07	1,79	2,00	0,67	–0,39	0,33	0	3	–	–
Mini-COPE umiarkowany Skala 08	1,83	2,00	0,77	–0,38	–0,67	0	3	–	–
Mini-COPE umiarkowany Skala 09	1,88	2,00	0,73	–0,38	–0,23	0	3	–	–
Mini-COPE umiarkowany Skala 10	1,29	1,50	0,87	0,04	–0,99	0	3	–	–
Mini-COPE umiarkowany Skala 11	1,48	1,50	0,70	–0,35	–0,57	0	3	–	–
Mini-COPE umiarkowany Skala 12	0,69	0,00	0,96	1,20	0,09	0	3	–	–
Mini-COPE umiarkowany Skala 13	1,21	1,00	0,87	0,21	–0,83	0	3	–	–
Mini-COPE umiarkowany Skala 14	1,56	1,50	0,78	0,20	–0,60	0	3	–	–
Mini-COPE znaczny Skala 01	1,87	2,00	0,72	–0,43	–0,23	0	3	–	–
Mini-COPE znaczny Skala 02	1,85	2,00	0,66	–0,16	–0,50	1	3	–	–
Mini-COPE znaczny Skala 03	1,65	1,50	0,69	0,35	–0,75	1	3	–	–
Mini-COPE znaczny Skala 04	1,72	2,00	0,75	–0,26	–0,30	0	3	–	–
Mini-COPE znaczny Skala 05	0,94	1,00	0,73	0,70	0,36	0	3	–	–
Mini-COPE znaczny Skala 06	1,35	1,00	1,03	0,17	–1,16	0	3	–	–

	M	*Me*	*SD*	Sk.	Kurt.	Min.	Max.	*K–S*	*p*
Mini-COPE znaczny Skala 07	1,88	2,00	0,79	–0,49	–0,39	0	3	–	–
Mini-COPE znaczny Skala 08	1,88	2,00	0,80	–0,34	–0,70	0	3	–	–
Mini-COPE znaczny Skala 09	1,80	2,00	0,81	–0,53	–0,23	0	3	–	–
Mini-COPE znaczny Skala 10	1,01	1,00	0,71	0,19	–0,83	0	3	–	–
Mini-COPE znaczny Skala 11	1,42	1,50	0,71	0,12	–0,13	0	3	–	–
Mini-COPE znaczny Skala 12	0,41	0,00	0,64	1,62	2,21	0	3	–	–
Mini-COPE znaczny Skala 13	1,01	1,00	0,77	0,54	–0,55	0	3	–	–
Mini-COPE znaczny Skala 14	1,39	1,50	0,79	0,18	–0,47	0	3	–	–
Mini-COPE głęboki Skala 01	1,77	2,00	0,66	–0,34	–0,23	0	3	–	–
Mini-COPE głęboki Skala 02	1,81	2,00	0,71	–0,43	0,00	0	3	–	–
Mini-COPE głęboki Skala 03	1,79	2,00	0,69	–0,16	0,01	0	3	–	–
Mini-COPE głęboki Skala 04	1,99	2,00	0,66	–0,35	–0,17	1	3	–	–
Mini-COPE głęboki Skala 05	1,26	1,00	0,85	0,15	–1,04	0	3	–	–
Mini-COPE głęboki Skala 06	1,43	1,50	0,94	–0,12	–1,11	0	3	–	–
Mini-COPE głęboki Skala 07	1,73	2,00	0,73	–0,36	–0,21	0	3	–	–
Mini-COPE głęboki Skala 08	1,83	2,00	0,78	–0,55	0,02	0	3	–	–
Mini-COPE głęboki Skala 09	1,89	2,00	0,70	–0,24	0,01	0	3	–	–
Mini-COPE głęboki Skala 10	1,31	1,50	0,79	–0,21	–0,97	0	3	–	–
Mini-COPE głęboki Skala 11	1,53	1,50	0,76	–0,09	–0,64	0	3	–	–
Mini-COPE głęboki Skala 12	0,46	0,00	0,71	1,75	2,89	0	3	–	–
Mini-COPE głęboki Skala 13	1,11	1,00	0,69	0,45	–0,06	0	3	–	–
Mini-COPE głęboki Skala 14	1,38	1,50	0,71	0,19	–0,34	0	3	–	–
CISS – wyniki próba ogółem									
CISS – SSZ	52,08	52	10,01	–0,16	–0,01	22	76	0,04	0,431
CISS – SSE	44,43	44	11,03	0,07	–0,20	18	75	0,03	0,861
CISS – SSU	48,19	48	9,91	–0,07	0,19	21	76	0,05	0,340
CISS – ACZ	22,32	23	6,30	–0,07	–0,27	8	40	0,07	0,060
CISS – PKT	16,67	17	4,18	–0,12	–0,46	5	25	0,07	0,024
CISS – wyniki w podgrupach badawczych: płeć									
CISS – kobiety SSZ	52,58	53	9,93	–0,07	0,13	26	76	0,05	0,709
CISS – kobiety SSE	44,81	45	11,34	0,09	–0,29	19	75	0,03	0,960
CISS – kobiety SSU	48,11	48	9,43	–0,22	0,02	21	76	0,05	0,603
CISS – kobiety ACZ	21,86	23	6,14	–0,30	–0,27	8	38	0,09	0,041
CISS – kobiety PKT	17,16	17	4,11	–0,08	–0,62	8	25	0,09	0,040
CISS – mężczyźni SSZ	51,52	52	10,10	–0,27	–0,19	22	76	0,05	0,785
CISS – mężczyźni SSE	44,02	44	10,69	0,02	–0,07	18	72	0,05	0,714
CISS – mężczyźni SSU	48,28	48	10,44	0,06	–0,39	26	74	0,05	0,693
CISS – mężczyźni ACZ	22,82	23	6,44	0,13	–0,39	8	40	0,05	0,637
CISS – mężczyźni	16,13	16	4,20	–1,15	–0,35	5	25	0,08	0,090
CISS – wyniki w podgrupach badawczych: wiek									
CISS – wiek młodzieńczy SSZ	51,72	51	9,46	0,00	0,00	27	76	0,06	0,414
CISS – wiek młodzieńczy SSE	44,64	44	10,53	0,16	–0,29	20	73	0,06	0,449

CISS – wiek młodzieńczy SSU	50,65	51	9,73	–0,32	0,13	21	76	0,08	0,201
CISS – wiek młodzieńczy ACZ	23,92	25	6,09	–0,38	–0,07	8	38	0,08	0,200
CISS – wiek młodzieńczy PKT	16,98	17	3,99	–0,20	–0,33	7	25	0,08	0,172
CISS – wczesna dorosłość SSZ	52,37	53	10,46	–0,28	–0,01	22	76	0,06	0,416
CISS – wczesna dorosłość SSE	44,25	45	11,46	0,01	–0,16	18	75	0,05	0,720
CISS – wczesna dorosłość SSU	46,13	47	9,61	0,12	–0,10	26	74	0,06	0,495
CISS – wczesna dorosłość ACZ	20,97	21	6,17	0,18	0,16	8	40	0,06	0,416
CISS – wczesna dorosłość PKT	16,42	16	4,32	–0,04	–0,52	5	25	0,08	0,100
CISS – wyniki w podgrupach badawczych: miejsce zamieszkania									
CISS – duże miasto SSZ	52,59	54	10,43	–0,23	0,15	22	76	0,07	0,481
CISS – duże miasto SSE	43,51	42	11,25	–0,13	–0,43	18	72	0,06	0,652
CISS – duże miasto SSU	49,04	49	10,14	–0,29	–0,27	21	74	0,08	0,294
CISS – duże miasto ACZ	22,24	23	6,41	0,02	–0,29	8	38	0,07	0,417
CISS – duże miasto PKT	17,39	18	4,39	–0,49	0,07	5	25	0,10	0,106
CISS – małe miasto SSZ	52,40	52	9,32	–0,16	0,08	27	76	0,05	0,941
CISS – małe miasto SSE	44,28	45	10,17	0,14	–0,33	19	70	0,06	0,789
CISS – małe miasto SSU	47,74	48	9,78	–0,4	–0,14	24	74	0,05	0,843
CISS – małe miasto ACZ	22,10	23	6,31	–0,24	–0,50	8	37	0,09	0,216
CISS – małe miasto PKT	16,42	16	4,17	0,03	–0,82	7	25	0,11	0,095
CISS – wieś SSZ	50,24	50	9,96	–0,15	–0,22	26	75	0,06	0,717
CISS – wieś SSE	45,50	45	11,53	0,19	–0,04	19	75	0,05	0,815
CISS – wieś SSU	47,73	48	9,81	0,14	0,04	26	76	0,06	0,674
CISS – wieś ACZ	22,60	23	6,21	0,00	0,00	8	40	0,06	0,714
CISS – wieś PKT	16,17	16	3,89	0,12	–0,39	7	25	0,09	0,236
CISS – próba redukowana: pozycja zawodowa ogółem									
CISS – SSZ	51,61	52	9,98	–0,12	–0,04	26	76	0,05	0,534
CISS – SSE	44,30	44	11,15	0,12	–0,22	19	75	0,05	0,648
CISS – SSU	48,00	48	9,02	–0,14	–0,21	26	42	0,06	0,335
CISS – ACZ	22,19	23	6,04	–0,16	–0,04	8	39	0,07	0,165
CISS – PKT	16,68	17	4,05	0,00	–0,51	7	25	0,06	0,248
CISS – wyniki w podgrupach badawczych: pozycja zawodowa									
CISS – uczeń/student SSZ	51,76	52	9,81	0,01	0,16	27	76	0,06	0,853
CISS – uczeń/student SSE	44,30	44	10,67	–0,03	–0,51	19	66	0,06	0,887
CISS – uczeń/student SSU	51,37	51	8,00	–0,27	–0,03	27	70	0,10	0,307
CISS – uczeń/student ACZ	24,44	25	5,61	–0,22	0,08	8	38	0,08	0,669
CISS – uczeń/student PKT	16,96	17	3,82	–0,02	–0,53	9	24	0,07	0,751
CISS – czynny zawodowo SSZ	53,02	53	10,27	–0,05	–0,02	26	76	0,05	0,953
CISS – czynny zawodowo SSE	42,29	44	10,13	–0,13	–0,56	19	64	0,10	0,374
CISS – czynny zawodowo SSU	46,74	47	8,92	–0,06	–0,13	27	70	0,08	0,607
CISS – czynny zawodowo ACZ	20,37	21	5,70	–0,35	–0,35	8	32	0,10	0,279
CISS – czynny zawodowo PKT	17,43	18	4,18	–0,15	–0,55	8	25	0,10	0,364
CISS – niepracujący SSZ	49,91	51	9,70	–0,43	–0,43	26	68	0,11	0,258
CISS – niepracujący SSE	46,51	46	12,37	0,21	–0,24	19	75	0,07	0,807

	M	*Me*	*SD*	Sk.	Kurt.	Min.	Max.	*K–S*	*p*
CISS – niepracujący SSU	45,90	47	9,24	0,03	–0,10	26	69	0,09	0,492
CISS – niepracujący ACZ	21,84	22	6,16	0,01	0,15	8	39	0,12	0,214
CISS – niepracujący PKT	15,56	16	3,92	0,18	–0,14	7	25	0,10	0,393
CISS – próba redukowana: sposób protezowania ogółem									
CISS – SSZ	51,42	51,5	10,19	–0,20	–0,11	22	76	0,05	0,771
CISS – SSE	45,12	44,5	10,71	0,00	0,09	18	72	0,06	0,543
CISS – SSU	48,88	49	9,34	–0,22	–0,17	24	74	0,06	0,530
CISS – ACZ	22,91	23	5,97	–0,26	–0,32	8	38	0,08	0,177
CISS – PKT	16,64	17	4,07	–0,16	–0,43	7	25	0,08	0,245
CISS – wyniki w podgrupach badawczych: sposób protezowania									
CISS – aparatowani SSZ	50,34	50	9,68	–0,19	–0,54	29	68	0,06	0,989
CISS – aparatowani SSE	45,29	45,5	9,39	–0,10	0,07	22	69	0,08	0,827
CISS – aparatowani SSU	47,91	48	9,05	–0,23	0,07	24	69	0,08	0,816
CISS – aparatowani ACZ	22,12	23	6,58	–0,22	0,17	8	38	0,08	0,835
CISS – aparatowani PKT	16,53	17	3,95	–0,22	–0,44	7	24	0,16	0,388
CISS – implantowani SSZ	50,86	51,00	11,79	–0,15	–0,08	22	76	0,06	0,971
CISS – implantowani SSE	42,27	42,00	11,17	0,34	0,58	18	72	0,10	0,512
CISS – implantowani SSU	49,17	48,00	9,34	0,09	–0,11	29	74	0,14	0,192
CISS – implantowani ACZ	23,36	23,00	5,64	–0,09	–0,93	12	34	0,12	0,325
CISS – implantowani PKT	16,51	17,00	3,91	–0,16	–0,49	8	25	0,14	0,154
CISS – niekorzystający z protez SSZ	53,08	54,00	8,97	–0,17	–0,28	33	71	0,07	0,898
CISS – niekorzystający z protez SSE	47,39	47,50	10,98	–0,20	0,09	19	70	0,07	0,873
CISS – niekorzystający z protez SSU	49,55	51,00	9,61	–0,54	–0,17	27	66	0,11	0,416
CISS – niekorzystający z protez ACZ	23,19	24,00	5,67	–0,35	–0,66	11	34	0,10	0,562
CISS – niekorzystający z protez PKT	16,91	17,00	4,35	–0,18	–0,35	7	25	0,08	0,772
CISS – próba redukowana: głębokość niedosłuchu ogółem									
CISS – SSZ	52,00	53,00	10,06	–0,25	–0,10	22	76	0,05	0,384
CISS – SSE	44,94	45,00	11,32	0,02	–0,31	18	75	0,03	0,945
CISS – SSU	48,43	48,00	9,95	–0,08	–0,18	21	76	0,05	0,355
CISS – ACZ	22,61	23,00	6,14	–0,04	–0,19	8	40	0,07	0,102
CISS – PKT	16,62	17,00	4,12	–0,10	–0,41	5	25	0,07	0,094
CISS – wyniki w podgrupach badawczych: głębokość niedosłuchu									
CISS – lekki SSZ	54,76	56,50	7,94	–0,55	–0,49	33	68	0,12	0,144
CISS – lekki SSE	45,49	46,00	10,77	0,21	0,03	22	75	0,09	0,489
CISS – lekki SSU	48,00	48,50	10,27	–0,14	–0,05	21	70	0,06	0,830
CISS – lekki ACZ	21,71	23,00	6,10	–0,41	–0,35	8	34	0,12	0,162
CISS – lekki PKT	17,06	17,00	4,05	–0,01	–0,46	8	25	0,09	0,396
CISS – umiarkowany SSZ	50,31	51,00	9,57	–0,09	–0,13	28	71	0,08	0,602

CISS – umiarkowany SSE	45,62	44,00	10,30	0,06	–0,75	24	66	0,07	0,676
CISS – umiarkowany SSU	50,01	51,00	9,61	–0,16	–0,34	28	76	0,09	0,452
CISS – umiarkowany ACZ	23,52	24,00	5,97	0,04	–0,39	11	39	0,09	0,480
CISS – umiarkowany PKT	16,90	18,00	4,41	–0,30	–0,31	5	25	0,14	0,057
CISS – znaczny SSZ	52,79	52,00	10,89	–0,01	–0,07	26	76	0,07	0,866
CISS –znaczny SSE	44,68	45,00	12,04	–0,03	–0,56	19	72	0,09	0,527
CISS – znaczny SSU	45,89	47,00	10,01	0,33	0,27	26	74	0,07	0,798
CISS – znaczny ACZ	21,21	21,00	5,98	0,46	0,29	10	38	0,08	0,656
CISS – znaczny PKT	16,37	16,00	4,03	0,00	–0,18	7	25	0,08	0,693
CISS – głęboki SSZ	50,70	51,50	11,05	–0,30	–0,22	22	76	0,09	0,401
CISS – głęboki SSE	43,90	44,00	12,32	–0,01	–0,14	18	73	0,06	0,872
CISS – głęboki SSU	49,30	48,50	9,66	–0,27	0,09	24	74	0,07	0,708
CISS – głęboki ACZ	23,64	24,00	6,24	–0,24	0,15	8	40	0,07	0,707
CISS – głęboki PKT	16,15	16,00	3,94	–0,04	–0,59	7	24	0,11	0,200
MSEI – wyniki ogółem									
MSEI – OS	31,06	31	5,74	–0,04	0,73	12	50	0,08	0,006
MSEI – K	32,07	32	5,15	0,35	0,13	18	49	0,08	0,009
MSEI – BK	33,95	33	6,35	0,11	0,42	12	50	0,06	0,075
MSEI – P	32,37	32	5,65	–0,01	0,56	15	50	0,06	0,065
MSEI – ZP	29,90	30	5,30	0,13	0,20	14	46	0,06	0,078
MSEI – S	30,82	31	5,07	0,09	0,90	13	48	0,09	0,002
MSEI – SM	35,44	31	5,88	0,31	–0,40	20	50	0,12	0,000
MSEI – AF	31,06	32	5,84	–0,25	0,47	12	47	0,07	0,040
MSEI – W	31,94	32	6,38	–0,17	0,25	12	50	0,06	0,123
MSEI – IT	31,30	31	5,07	0,24	1,34	12	49	0,08	0,006
MSEI – OWS	50,20	50	7,52	0,10	0,10	28	72	0,05	0,255
MSEI – wyniki w podgrupach badawczych: płeć									
MSEI – kobiety OS	31,03	31	6,22	–0,13	0,58	12	50	0,11	0,012
MSEI – kobiety K	31,86	31	5,16	0,30	0,16	18	48	0,08	0,101
MSEI – kobiety BK	34,75	34	6,51	0,42	–0,43	19	50	0,11	0,015
MSEI – kobiety P	32,51	33	5,73	0,00	0,47	16	50	0,05	0,569
MSEI – kobiety ZP	29,50	29	5,30	0,22	0,30	15	45	0,06	0,342
MSEI – kobiety S	30,96	30	5,04	–0,02	0,93	14	48	0,08	0,138
MSEI – kobiety SM	36,36	36	5,92	0,22	–0,55	20	50	0,10	0,024
MSEI – kobiety AF	31,19	32	6,12	–0,29	0,25	13	47	0,08	0,132
MSEI – kobiety W	31,56	32	6,25	0,02	0,16	14	50	0,06	0,392
MSEI – kobiety IT	31,37	31	5,38	0,19	1,32	12	49	0,08	0,153
MSEI – kobiety OWS	51,47	52	7,49	–0,01	0,23	28	72	0,04	0,771
MSEI – mężczyźni OS	31,09	31	5,16	0,14	0,73	16	49	0,09	0,095
MSEI – mężczyźni K	32,30	32	5,14	0,42	0,10	21	49	0,09	0,114
MSEI – mężczyźni BK	33,06	33	6,06	–0,36	1,18	12	50	0,07	0,265
MSEI – mężczyźni P	32,21	32	5,58	–0,02	0,71	15	48	0,08	0,130
MSEI – mężczyźni ZP	30,35	30	5,27	0,04	0,20	14	46	0,07	0,320

	M	*Me*	*SD*	Sk.	Kurt.	Min.	Max.	*K–S*	*p*
MSEI – mężczyźni S	30,67	31	5,11	0,21	0,95	13	46	0,11	0,012
MSEI – mężczyźni SM	34,43	33	5,68	0,41	–0,13	20	50	0,14	0,001
MSEI – mężczyźni AF	30,91	31	5,52	–0,19	0,80	12	47	0,07	0,236
MSEI – mężczyźni W	32,36	33	6,50	–0,37	0,46	12	48	0,06	0,454
MSEI – mężczyźni IT	31,21	31	4,71	0,29	1,23	16	49	0,10	0,045
MSEI – mężczyźni OWS	48,78	48	7,30	0,21	0,	29	71	0,06	0,462
MSEI – wyniki w podgrupach badawczych:wiek									
MSEI – wiek młodzieńczy OS	30,69	31	5,29	–0,18	0,22	16	48	0,11	0,021
MSEI – wiek młodzieńczy K	31,61	31	5,20	0,25	–0,29	18	45	0,07	0,297
MSEI – wiek młodzieńczy BK	33,24	33	5,67	0,18	0,28	19	49	0,07	0,378
MSEI – wiek młodzieńczy P	31,99	32	5,26	–0,43	0,33	15	44	0,08	0,205
MSEI – wiek młodzieńczy ZP	29,88	30	4,90	0,03	0,38	14	43	0,08	0,210
MSEI – wiek młodzieńczy S	29,83	30	4,68	0,22	0,68	14	44	0,10	0,032
MSEI – wiek młodzieńczy SM	34,32	33	5,14	0,38	0,09	22	49	0,14	0,001
MSEI – wiek młodzieńczy AF	31,01	32	5,68	–0,61	0,54	13	43	0,10	0,028
MSEI – wiek młodzieńczy W	32,06	32	5,75	–0,28	0,05	16	47	0,07	0,338
MSEI – wiek młodzieńczy IT	30,77	31	4,66	–0,38	1,51	12	45	0,11	0,025
MSEI – wiek młodzieńczy OWS	49,12	49	6,73	–0,07	0,72	28	72	0,07	0,352
MSEI – wiek wczesnej dorosłości OS	31,39	31	6,09	0,00	0,90	12	50	0,07	0,168
MSEI – wiek wczesnej dorosłości K	32,47	32	5,09	0,47	0,49	18	49	0,11	0,010
MSEI – wiek wczesnej dorosłości BK	34,57	34	6,84	0,00	0,39	12	50	0,07	0,186
MSEI – wiek wczesnej dorosłości P	32,69	32	5,97	0,21	0,52	16	50	0,08	0,081
MSEI – wiek wczesnej dorosłości ZP	29,93	30	5,64	0,18	0,05	15	46	0,06	0,389
MSEI – wiek wczesnej dorosłości S	31,69	32	5,24	–0,08	1,25	13	48	0,08	0,138
MSEI – wiek wczesnej dorosłości SM	36,43	36	6,31	0,14	–0,71	20	50	0,10	0,201
MSEI – wiek wczesnej dorosłości AF	31,10	32	5,99	0,02	0,41	12	47	0,05	0,526
MSEI – wiek wczesnej dorosłości W	31,83	32	6,89	–0,09	0,22	12	50	0,07	0,180
MSEI – wiek wczesnej dorosłości IT	31,75	31	5,37	0,54	0,94	18	14	0,09	0,034
MSEI – wiek wczesnej dorosłości OWS	51,14	51	8,04	0,08	–0,32	32	72	0,04	0,846
MSEI – wyniki w podgrupach badawczych: miejsce zamieszkania									
MSEI – duże miasto OS	31,12	31	6,56	0,19	0,50	12	50	0,08	0,340
MSEI – duże miasto K	32,74	32	5,69	0,38	0,00	21	49	0,07	0,420
MSEI – duże miasto BK	34,44	34	7,24	–0,07	0,59	12	50	0,09	0,228
MSEI – duże miasto P	32,97	33	6,35	0,12	0,01	17	50	0,06	0,631
MSEI – duże miasto ZP	29,90	29	5,56	0,30	–0,06	18	46	0,08	0,329
MSEI – duże miasto S	31,07	31	5,56	0,27	1,25	13	48	0,14	0,008
MSEI – duże miasto SM	36,18	35	6,61	0,12	–0,60	20	50	0,10	0,118
MSEI – duże miasto AF	30,82	31,5	6,30	–0,26	0,39	12	47	0,07	0,391
MSEI – duże miasto W	32,25	33	6,50	–0,21	0,34	12	50	0,05	0,796
MSEI – duże miasto IT	31,89	31,5	5,59	0,49	1,43	16	49	0,11	0,076
MSEI – duże miasto OWS	50,88	51	8,26	0,00	0,28	28	72	0,06	0,648
MSEI – małe miasto OS	31,02	31	5,77	–0,12	0,51	16	49	0,10	0,162

MSEI – małe miasto K	31,69	31	4,82	0,42	–0,29	22	45	0,12	0,061
MSEI – małe miasto BK	34,34	34	6,22	0,05	–0,06	18	50	0,06	0,781
MSEI – małe miasto P	32,32	33	5,50	–0,40	0,39	16	48	0,11	0,096
MSEI – małe miasto ZP	30,28	30	4,79	0,50	1,03	18	46	0,10	0,126
MSEI – małe miasto S	31,00	31	5,23	–0,18	0,36	14	44	0,06	0,647
MSEI – małe miasto SM	35,58	35	5,89	0,17	–0,25	20	50	0,10	0,138
MSEI – małe miasto AF	31,22	31	5,63	0,02	0,63	15	47	0,10	0,090
MSEI – małe miasto W	32,14	32	6,37	0,03	0,23	13	48	0,07	0,548
MSEI – małe miasto IT	31,12	31	5,33	–0,20	0,85	12	45	0,11	0,115
MSEI – małe miasto OWS	50,30	49	7,41	0,07	0,13	29	71	0,09	0,255
MSEI – wieś OS	31,04	31	4,77	–0,52	0,72	16	43	0,09	0,186
MSEI – wieś K	31,73	32	4,82	0,10	0,33	18	44	0,09	0,227
MSEI – wieś BK	33,11	32	5,40	0,35	0,05	20	48	0,10	0,142
MSEI – wieś P	31,80	31,5	5,00	–0,02	1,58	15	48	0,08	0,355
MSEI – wieś ZP	29,58	29	5,46	–0,23	–0,12	14	42	0,06	0,654
MSEI – wieś S	30,42	30	4,37	–0,02	0,38	17	42	0,11	0,079
MSEI – wieś SM	34,58	33	5,21	0,64	–0,17	24	49	0,16	0,001
MSEI – wieś AF	31,15	32	5,60	–0,42	0,37	13	43	0,07	0,400
MSEI – wieś W	31,46	32	6,28	–0,32	0,21	14	47	0,07	0,413
MSEI – wieś IT	30,84	30,5	4,19	0,17	0,54	20	45	0,08	0,307
MSEI – wieś OWS	49,42	49	6,77	0,16	–0,48	32	66	0,09	0,184
MSEI – wyniki, próba redukowana: pozycja zawodowa ogółem									
MSEI – OS	31,16	31	5,84	0,05	0,44	16	50	0,07	0,108
MSEI – K	32,13	31	5,35	0,39	0,11	18	49	0,10	0,012
MSEI – BK	33,98	33	6,39	0,16	0,62	12	50	0,07	0,122
MSEI – P	32,53	32	5,87	–0,19	0,26	16	50	0,08	0,089
MSEI – ZP	29,73	30	5,51	0,08	0,15	14	46	0,06	0,335
MSEI – S	30,89	31	5,26	–0,06	0,89	13	48	0,08	0,067
MSEI – SM	35,62	35	5,93	0,23	–0,55	20	50	0,12	0,001
MSEI – AF	31,13	32	5,94	–0,20	0,46	12	47	0,07	0,162
MSEI – W	31,84	32	6,81	–0,09	0,02	12	50	0,06	0,326
MSEI – IT	31,32	31	5,20	0,24	1,48	12	49	0,10	0,018
MSEI – OWS	50,35	50	6,95	–0,01	0,16	28	72	0,05	0,592
MSEI – wyniki w podgrupach badawczych: pozycja zawodowa									
MSEI – uczniowie/studenci OS	30,75	31	5,57	0,21	0,74	19	50	0,11	0,243
MSEI – uczniowie/studenci K	31,45	31	5,11	0,59	0,01	22	46	0,10	0,315
MSEI – uczniowie/studenci BK	32,88	33	5,87	0,46	0,30	20	50	0,09	0,483
MSEI – uczniowie/studenci P	32,28	33	5,67	0,08	0,13	19	49	0,07	0,804
MSEI – uczniowie/studenci ZP	29,98	30	5,26	0,23	0,89	14	46	0,08	0,579
MSEI – uczniowie/studenci S	29,83	30	4,94	0,10	0,72	14	42	0,13	0,098
MSEI – uczniowie/studenci SM	34,33	33	4,93	0,63	0,29	23	50	0,15	0,042
MSEI – uczniowie/studenci AF	31,28	32	5,64	–0,41	0,16	17	43	0,11	0,242
MSEI – uczniowie /studenci W	32,32	33	6,40	–0,22	0,07	16	47	0,07	0,748

	M	*Me*	*SD*	Sk.	Kurt.	Min.	Max.	*K–S*	*p*
MSEI – uczniowie/studenci IT	30,15	30	5,08	–0,11	3,10	12	48	0,13	0,078
MSEI – uczniowie/studenci OWS	48,45	49	6,69	–0,44	0,55	28	63	0,06	0,834
MSEI – czynni zawodowo OS	32,81	33	5,90	0,27	–0,28	20	48	0,08	0,631
MSEI – czynni zawodowo K	34,06	33,5	5,57	0,40	–0,36	24	49	0,11	0,254
MSEI – czynni zawodowo BK	36,19	36	6,66	0,10	–0,17	18	50	0,06	0,925
MSEI – czynni zawodowo P	33,50	33	6,13	0,36	–0,09	18	50	0,08	0,605
MSEI – czynni zawodowo ZP	30,52	30	5,50	0,26	–0,33	20	45	0,08	0,601
MSEI – czynni zawodowo S	32,23	32	4,86	0,69	1,38	22	48	0,10	0,353
MSEI – czynni zawodowo SM	37,38	38	6,29	0,07	–1,11	24	50	0,12	0,145
MSEI – czynni zawodowo AF	32,44	33	6,10	–0,02	–0,21	18	47	0,08	0,672
MSEI – czynni zawodowo W	33,42	33	6,57	0,07	–0,33	19	50	0,04	0,997
MSEI – czynni zawodowo IT	32,44	32	5,51	0,50	0,60	21	49	0,09	0,502
MSEI – czynni zawodowo OWS	51,97	53	8,44	0,06	–0,21	32	72	0,07	0,717
MSEI – niepracujący OS	29,77	30	5,71	–0,48	0,52	16	42	0,16	0,029
MSEI – niepracujący K	30,76	30	4,78	–0,15	0,32	18	42	0,09	0,450
MSEI – niepracujący BK	32,77	32	6,07	–0,43	2,38	12	48	0,14	0,083
MSEI – niepracujący P	31,72	32	5,71	0,02	0,74	16	48	0,09	0,448
MSEI – niepracujący ZP	28,56	29	5,65	–0,17	–0,22	15	42	0,08	0,637
MSEI – niepracujący S	30,62	31	5,76	–0,63	0,38	13	41	0,10	0,351
MSEI – niepracujący SM	35,11	35	6,14	–0,09	–0,44	20	47	0,10	0,395
MSEI – niepracujący AF	29,48	30	5,76	–0,34	1,68	12	47	0,09	0,448
MSEI – niepracujący W	29,54	29	6,99	0,00	0,32	12	48	0,12	0,179
MSEI – niepracujący IT	31,41	31	4,73	0,16	0,38	20	43	0,12	0,183
MSEI – niepracujący OWS	50,70	51	7,03	–0,17	–0,21	32	67	0,08	0,683
MSEI – wyniki, próba redukowana: sposób protezowania ogółem									
MSEI – OS	30,86	31	5,90	–0,09	0,73	12	34	0,10	0,066
MSEI – K	31,66	31	5,21	0,52	0,13	22	49	0,09	0,084
MSEI – BK	33,60	33	6,14	0,47	0,13	18	50	0,09	0,120
MSEI – P	31,90	33	5,76	0,02	0,71	16	48	0,07	0,268
MSEI – ZP	29,89	30	5,13	0,08	0,46	14	46	0,07	0,310
MSEI – S	30,68	30	5,13	0,24	0,68	14	46	0,09	0,133
MSEI – SM	35,23	34	6,06	0,33	–0,37	20	50	0,12	0,009
MSEI – AF	30,86	31	5,89	0,02	0,01	17	47	0,05	0,705
MSEI – W	31,82	32	6,16	0,11	–0,12	18	48	0,05	0,635
MSEI – IT	31,16	31	4,67	0,36	1,13	18	49	0,09	0,095
MSEI – OWS	49,58	49	7,56	0,09	–0,26	28	69	0,06	0,434
MSEI – wyniki w podgrupach badawczych: sposób protezowania									
MSEI – aparatowani OS	30,31	30,5	5,59	–0,16	0,67	16	45	0,12	0,346
MSEI – aparatowani K	31,53	32	5,23	0,83	0,79	23	49	0,15	0,127
MSEI – aparatowani BK	33	33	5,60	–0,13	0,75	18	48	0,09	0,713
MSEI – aparatowani P	31,18	32	5,63	–0,29	1,08	16	45	0,11	0,449
MSEI – aparatowani ZP	29,90	30,00	4,62	–0,09	–0,13	20,00	40,00	0,06	0,942

MSEI – aparatowani S	30,42	29,50	5,41	0,17	1,54	14,00	46,00	0,10	0,512
MSEI – aparatowani SM	35,00	34,00	6,02	0,30	0,10	22,00	50,00	0,12	0,366
MSEI – aparatowani AF	30,35	31,00	5,78	–0,05	–0,37	17,00	44,00	0,07	0,872
MSEI – aparatowani W	31,08	31,00	5,97	0,16	–0,29	19,00	44,00	0,06	0,953
MSEI – aparatowani IT	31,03	30,50	4,16	0,00	0,03	22,00	41,00	0,10	0,512
MSEI – aparatowani OWS	49,80	49,00	8,28	0,16	–0,67	34,00	69,00	0,07	0,883
MSEI – implantowani OS	50,86	51,00	11,79	–0,15	–0,08	22	76	0,90	0,651
MSEI – implantowani K	42,27	42,00	11,17	0,34	0,58	18	72	0,90	0,612
MSEI – implantowani BK	49,17	48,00	9,34	0,09	–0,11	29	74	0,11	0,404
MSEI – implantowani P	23,36	23,00	5,64	–0,09	–0,93	12	34	0,11	0,484
MSEI – implantowani ZP	16,51	17,00	3,91	–0,16	–0,49	8	25	0,11	0,475
MSEI – implantowani S	31,14	31,00	5,80	–0,73	1,34	12	43	0,12	0,361
MSEI – implantowani SM	31,64	32,00	4,49	–0,07	–0,29	22	42	0,15	0,149
MSEI – implantowani AF	34,55	34,00	5,65	0,41	–0,36	25	49	0,09	0,647
MSEI – implantowani W	32,53	33,00	4,84	–0,51	–0,14	22	43	0,14	0,199
MSEI – implantowani IT	29,71	30,00	5,01	–0,25	1,14	14	42	0,11	0,503
MSEI – implantowani OWS	30,64	30,00	4,34	0,19	0,40	19	41	0,09	0,659
MSEI – niekorzystający z protez OS	31,13	31,00	6,32	0,35	0,54	18	49	0,10	0,478
MSEI – niekorzystający z protez K	31,81	31,00	5,84	0,54	–0,26	22	45	0,11	0,369
MSEI – niekorzystający z protez BK	33,30	31,50	6,99	0,84	0,00	21	50	0,17	0,049
MSEI – niekorzystający z protez P	32,00	31,00	6,60	0,43	0,54	18	48	0,13	0,231
MSEI – niekorzystający z protez ZP	30,05	30,00	5,74	0,35	0,23	18	46	0,08	0,760
MSEI – niekorzystający z protez S	30,97	31,00	5,56	0,30	–0,07	20	45	0,06	0,950
MSEI – niekorzystający z protez SM	35,28	34,00	6,51	0,50	–0,82	24	48	0,15	0,118
MSEI – niekorzystający z protez AF	30,86	30,00	6,20	0,45	0,32	18	47	0,09	0,678
MSEI – niekorzystający z protez W	32,20	31,50	6,22	0,45	0,12	19	48	0,11	0,429
MSEI – niekorzystający z protez IT	31,66	31,00	5,44	0,77	0,86	23	49	0,15	0,115
MSEI – niekorzystający z protez OWS	49,41	49,00	8,20	0,02	–0,27	28	67	0,08	0,738
MSEI – wyniki, próba redukowana: głębokość niedosłuchu ogółem									
MSEI – OS	30,83	31,00	5,75	–0,09	0,78	12	49	0,07	0,094
MSEI – K	31,85	31,00	5,25	0,35	0,15	18	49	0,08	0,038
MSEI – BK	34,00	33,00	6,35	0,12	0,62	12	50	0,07	0,108
MSEI – P	32,18	32,00	5,72	–0,05	0,58	15	50	0,05	0,325
MSEI – ZP	29,58	29,00	5,36	0,16	0,28	14	46	0,07	0,073
MSEI – S	30,70	31,00	5,12	0,10	0,70	13	48	0,09	0,019
MSEI – SM	35,54	35,00	5,79	0,27	–0,45	20	50	0,12	0,091
MSEI – AF	30,81	31,00	5,97	–0,23	0,34	12	47	0,07	0,100
MSEI – W	31,85	32,00	6,43	–0,19	0,16	12	50	0,06	0,153
MSEI – IT	31,23	31,00	5,13	0,19	1,37	12	49	0,09	0,011
MSEI – OWS	49,75	49,00	7,48	0,13	0,23	28	72	0,05	0,378

	M	*Me*	*SD*	Sk.	Kurt.	Min.	Max.	*K–S*	*p*
MSEI – wyniki w podgrupach badawczych: głębokość niedosłuchu									
MSEI – lekki OS	30,45	31,00	5,98	–0,51	–0,24	16	41	0,10	0,286
MSEI – lekki K	32,14	32,00	5,37	–0,18	–0,43	18	42	0,06	0,836
MSEI – lekki BK	34,36	34,00	6,85	0,30	–0,43	20	50	0,09	0,433
MSEI – lekki P	32,11	33,00	5,23	–0,49	–0,28	19	42	0,12	0,117
MSEI – lekki ZP	30,49	31,00	5,69	–0,25	–0,13	15	41	0,09	0,431
MSEI – lekki S	31,35	31,00	4,87	0,25	–0,30	22	45	0,10	0,305
MSEI – lekki SM	37,24	38,00	5,49	–0,01	–0,71	25	49	0,12	0,109
MSEI – lekki AF	30,39	32,00	5,95	–0,54	–0,22	15	42	0,13	0,074
MSEI – lekki W	32,03	32,00	6,13	–0,29	0,01	14	44	0,06	0,851
MSEI – lekki IT	31,73	32,00	4,81	0,53	1,68	22	49	0,10	0,232
MSEI – lekki OWS	50,32	51,00	8,03	–0,37	–0,23	28	65	0,08	0,626
MSEI – umiarkowany OS	30,73	30,50	5,74	0,03	0,81	16	45	0,13	0,087
MSEI – umiarkowany K	31,61	31,00	5,02	0,72	1,23	21	49	0,11	0,215
MSEI – umiarkowany BK	33,39	33,50	6,05	–0,30	2,11	12	50	0,10	0,301
MSEI – umiarkowany P	31,79	32,00	5,68	0,05	0,35	17	47	0,06	0,855
MSEI – umiarkowany ZP	29,17	29,00	4,93	0,29	0,36	18	43	0,08	0,623
MSEI – umiarkowany S	30,59	31,00	5,32	–0,09	1,49	13	46	0,11	0,179
MSEI – umiarkowany SM	34,16	33,00	6,03	0,31	–0,21	20	47	0,16	0,013
MSEI – umiarkowany AF	30,59	30,50	6,01	–0,29	1,05	12	47	0,08	0,573
MSEI – umiarkowany W	31,82	32,00	6,75	–0,53	0,41	12	46	0,10	0,305
MSEI – umiarkowany IT	31,24	31,00	5,30	0,34	1,41	16	49	0,11	0,216
MSEI – umiarkowany OWS	49,32	49,00	7,07	0,20	0,17	32	69	0,06	0,836
MSEI – znaczny OS	30,40	31,00	6,35	0,04	1,48	12	49	0,09	0,530
MSEI – znaczny K	31,77	31,00	5,27	0,72	0,23	23	48	0,15	0,064
MSEI – znaczny BK	34,16	34,50	6,99	–0,09	0,28	13	50	0,10	0,401
MSEI – znaczny P	31,94	31,00	6,79	0,26	0,74	15	50	0,13	0,119
MSEI – znaczny ZP	29,47	29,00	5,71	0,24	0,18	17	46	0,07	0,771
MSEI – znaczny S	30,67	31,00	5,64	0,19	0,57	17	48	0,07	0,811
MSEI – znaczny SM	36,36	36,00	6,08	0,07	–0,59	22	50	0,09	0,535
MSEI – znaczny AF	30,56	30,00	6,43	0,19	–0,17	17	47	0,09	0,506
MSEI – znaczny W	31,01	30,50	6,89	0,44	0,17	18	50	0,09	0,568
MSEI – znaczny IT	30,70	31,00	5,76	–0,31	1,37	12	47	0,14	0,105
MSEI – znaczny OWS	49,96	48,50	7,92	0,39	–0,05	34	71	0,09	0,529
MSEI – głęboki OS	31,70	31,00	4,96	0,38	0,64	21	48	0,09	0,442
MSEI – głęboki K	31,94	32,00	5,46	0,19	0,06	18	45	0,11	0,177
MSEI – głęboki BK	34,23	33,00	5,65	0,72	0,65	21	49	0,13	0,069
MSEI – głęboki P	32,91	33,00	5,20	–0,26	1,12	16	48	0,09	0,396
MSEI – głęboki ZP	29,30	29,00	5,21	0,35	1,40	14	45	0,12	0,139
MSEI – głęboki S	30,25	30,00	4,63	0,13	0,49	20	43	0,11	0,172
MSEI – głęboki SM	34,84	33,00	5,08	0,98	0,42	26	49	0,15	0,024

MSEI – głęboki AF	31,67	31,00	5,51	–0,27	0,92	13	43	0,09	0,485
MSEI – głęboki W	32,46	33,00	5,90	–0,28	0,41	16	47	0,10	0,278
MSEI – głęboki IT	31,24	30,00	4,66	0,54	0,56	21	45	0,11	0,168
MSEI – głęboki OWS	49,52	49,00	7,11	0,33	1,73	29	72	0,10	0,305

M – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; Sk. – skośność; Kurt. – kurtoza; Min. i Max. – najniższa i najwyższa wartość rozkładu; *K–S* – wynik testu Kołmogorowa–Smirnowa; *p* – istotność

Załącznik 2

Testy badające homogeniczność wariancji zmiennych ilościowych uwzględnionych w pracy

Test Levene'a jednorodności wariancji – poziom stresu PSS-10 a płeć, wiek, miejsce zamieszkania, pozycja zawodowa, sposób protezowania oraz głębokość niedosłuchu

MS Efekt	*MS* Błąd	*F*	*p*
Płeć *F*: 1, 403			
2,53	10,56	0,24	0,626
Wiek *F*: 1, 403			
10,25	10,66	0,96	0,327
Miejsce zamieszkania *F*: 2, 402			
38,29	10,30	3,72	0,052
Pozycja zawodowa *F*: 2, 252			
24,21	10,69	2,27	0,106
Sposób protezowania *F*: 2, 177			
18,74	11,41	1,64	0,197
Głębokość niedosłuchu *F*: 3, 308			
15,06	9,47	1,59	0,191

Test Levene'a jednorodności wariancji – strategie radzenia sobie ze stresem: Mini-COPE – płeć

Strategie radzenia sobie ze stresem	Płeć, F : 1, 411			
	MS Efekt	MS Błąd	F	p
Mini-COPE Skala 01	0,83	0,18	4,53	0,034
Mini-COPE Skala 02	0,18	0,18	1,03	0,310
Mini-COPE Skala 03	0,00	0,16	0,01	0,930
Mini-COPE Skala 04	0,18	0,17	1,05	0,306
Mini-COPE Skala 05	0,00	0,21	0,01	0,911
Mini-COPE Skala 06	0,08	0,26	0,31	0,581
Mini-COPE Skala 07	0,27	0,19	1,40	0,237
Mini-COPE Skala 08	0,81	0,20	3,96	0,047
Mini-COPE Skala 09	0,06	0,20	0,28	0,597
Mini-COPE Skala 10	0,00	0,17	0,01	0,929
Mini-COPE Skala 11	0,23	0,18	1,24	0,265
Mini-COPE Skala 12	0,38	0,22	1,73	0,189
Mini-COPE Skala 13	0,16	0,22	0,73	0,393
Mini-COPE Skala 14	0,54	0,19	2,77	0,097

Test Levene'a jednorodności wariancji – strategie radzenia sobie ze stresem: Mini-COPE – wiek

Strategie radzenia sobie ze stresem	Wiek, F: 1, 411			
	MS Efekt	MS Błąd	F	p
Mini-COPE Skala 01	0,00	0,19	0,01	0,917
Mini-COPE Skala 02	0,07	0,18	0,40	0,527
Mini-COPE Skala 03	0,00	0,15	0,02	0,901
Mini-COPE Skala 04	0,01	0,17	0,04	0,835
Mini-COPE Skala 05	0,15	0,20	0,75	0,388
Mini-COPE Skala 06	0,07	0,25	0,29	0,589
Mini-COPE Skala 07	0,09	0,19	0,47	0,492
Mini-COPE Skala 08	0,34	0,21	1,64	0,201
Mini-COPE Skala 09	0,62	0,19	3,20	0,074
Mini-COPE Skala 10	0,46	0,17	2,65	0,104
Mini-COPE Skala 11	0,00	0,18	0,00	0,944
Mini-COPE Skala 12	0,00	0,22	0,00	0,975
Mini-COPE Skala 13	0,03	0,22	0,14	0,706
Mini-COPE Skala 14	0,07	0,20	0,38	0,540

Test Levene'a jednorodności wariancji – strategie radzenia sobie ze stresem: Mini-COPE – miejsce zamieszkania

	Miejsce zamieszkania, F: 2, 410			
	MS Efekt	MS Błąd	F	p
Mini-COPE Skala 01	0,09	0,19	0,48	0,617
Mini-COPE Skala 02	0,14	0,18	0,76	0,469
Mini-COPE Skala 03	0,05	0,16	0,32	0,724
Mini-COPE Skala 04	0,19	0,17	1,14	0,321
Mini-COPE Skala 05	0,01	0,20	0,04	0,962
Mini-COPE Skala 06	0,57	0,25	2,27	0,104
Mini-COPE Skala 07	0,38	0,19	1,99	0,137
Mini-COPE Skala 08	0,28	0,21	1,37	0,256
Mini-COPE Skala 09	0,08	0,20	0,40	0,670
Mini-COPE Skala 10	0,11	0,18	0,63	0,532
Mini-COPE Skala 11	0,08	0,18	0,45	0,636
Mini-COPE Skala 12	0,11	0,22	0,50	0,606
Mini-COPE Skala 13	0,88	0,22	4,00	0,019
Mini-COPE Skala 14	0,13	0,20	0,66	0,517

Test Levene'a jednorodności wariancji – strategie radzenia sobie ze stresem: Mini-COPE – pozycja zawodowa

	Pozycja zawodowa, F: 2, 257			
	MS Efekt	MS Błąd	F	p
Mini-COPE Skala 01	0,26	0,19	1,40	0,248
Mini-COPE Skala 02	0,04	0,16	0,27	0,767
Mini-COPE Skala 03	0,01	0,16	0,07	0,932
Mini-COPE Skala 04	0,11	0,16	0,68	0,505
Mini-COPE Skala 05	0,40	0,19	2,10	0,125
Mini-COPE Skala 06	0,15	0,24	0,60	0,547
Mini-COPE Skala 07	0,06	0,20	0,28	0,753
Mini-COPE Skala 08	0,01	0,21	0,04	0,962
Mini-COPE Skala 09	0,13	0,19	0,70	0,495
Mini-COPE Skala 10	0,28	0,19	1,50	0,226
Mini-COPE Skala 11	0,02	0,19	0,12	0,890
Mini-COPE Skala 12	0,44	0,21	2,08	0,128
Mini-COPE Skala 13	0,19	0,20	0,93	0,395
Mini-COPE Skala 14	0,06	0,20	0,31	0,736

Test Levene'a jednorodności wariancji – strategie radzenia sobie ze stresem: Mini-COPE – sposób protezowania

	Sposób protezowania, F: 2, 257			
	MS Efekt	MS Błąd	F	p
Mini-COPE Skala 01	0,05	0,19	0,28	0,753
Mini-COPE Skala 02	0,19	0,16	1,16	0,314
Mini-COPE Skala 03	0,20	0,15	1,33	0,265
Mini-COPE Skala 04	0,09	0,16	0,58	0,562
Mini-COPE Skala 05	0,01	0,19	0,07	0,928
Mini-COPE Skala 06	0,48	0,24	1,99	0,139
Mini-COPE Skala 07	0,11	0,19	0,59	0,556
Mini-COPE Skala 08	0,17	0,21	0,80	0,450
Mini-COPE Skala 09	0,08	0,19	0,44	0,642
Mini-COPE Skala 10	0,06	0,19	0,32	0,725
Mini-COPE Skala 11	0,04	0,19	0,23	0,798
Mini-COPE Skala 12	0,70	0,21	3,39	0,053
Mini-COPE Skala 13	0,65	0,21	3,07	0,075
Mini-COPE Skala 14	0,21	0,20	1,03	0,358

Test Levene'a jednorodności wariancji – strategie radzenia sobie ze stresem: Mini-COPE – stopień niedosłuchu

	Stopień niedosłuchu, F: 3, 314			
	MS Efekt	MS Błąd	F	p
Mini-COPE Skala 01	0,34	0,17	1,94	0,124
Mini-COPE Skala 02	0,41	0,17	2,47	0,062
Mini-COPE Skala 03	0,02	0,15	0,12	0,946
Mini-COPE Skala 04	0,28	0,18	1,60	0,190
Mini-COPE Skala 05	0,30	0,20	1,48	0,221
Mini-COPE Skala 06	0,10	0,25	0,39	0,758
Mini-COPE Skala 07	0,26	0,18	1,44	0,231
Mini-COPE Skala 08	0,10	0,21	0,49	0,689
Mini-COPE Skala 09	0,18	0,19	0,92	0,432
Mini-COPE Skala 10	0,64	0,18	3,61	0,014
Mini-COPE Skala 11	0,14	0,18	0,77	0,509
Mini-COPE Skala 12	1,45	0,20	7,21	0,009
Mini-COPE Skala 13	0,58	0,21	2,72	0,045
Mini-COPE Skala 14	0,06	0,20	0,28	0,840

Test Levene'a jednorodności wariancji – style radzenia sobie ze stresem: CISS – płeć

	Płeć, F: 1, 404			
	MS Efekt	MS Błąd	F	p
CISS SSZ	6,23	37,35	0,17	0,683
CISS SSE	46,84	44,18	1,06	0,304
CISS SSU	93,43	35,47	2,63	0,105
CISS SSU ACZ	8,67	13,49	0,64	0,423
CISS SSU PKT	0,12	5,81	0,02	0,885

Test Levene'a jednorodności wariancji – style radzenia sobie ze stresem: CISS – wiek

	Wiek, F: 1, 404			
	MS Efekt	MS Błąd	F	p
CISS SSZ	44,31	37,65	1,18	0,279
CISS SSE	32,92	43,77	0,75	0,386
CISS SSU	6,61	34,10	0,19	0,660
CISS SSU ACZ	0,49	13,43	0,04	0,848
CISS SSU PKT	15,43	5,97	2,59	0,109

Test Levene'a jednorodności wariancji – style radzenia sobie ze stresem: CISS – miejsce zamieszkania

	Miejsce zamieszkania, F : 2, 403			
	MS Efekt	MS Błąd	F	p
CISS SSZ	23,49	36,65	0,64	0,527
CISS SSE	39,83	43,58	0,91	0,402
CISS SSU	12,72	35,51	0,36	0,699
CISS SSU ACZ	4,49	13,75	0,33	0,722
CISS SSU PKT	3,18	6,00	0,53	0,560

Test Levene'a jednorodności wariancji – style radzenia sobie ze stresem: CISS – pozycja zawodowa

	Pozycja zawodowa, F: 2, 251			
	MS Efekt	MS Błąd	F	p
CISS SSZ	2,99	36,60	0,08	0,921
CISS SSE	53,01	42,46	1,25	0,289
CISS SSU	9,78	27,92	0,35	0,705
CISS SSU ACZ	2,93	12,78	0,23	0,795
CISS SSU PKT	4,19	5,57	0,75	0,473

Test Levene'a jednorodności wariancji – style radzenia sobie ze stresem: CISS – sposób protezowania

	Sposób protezowania, F: 2, 251			
	MS Efekt	MS Błąd	F	p
CISS SSZ	19,91	38,27	0,52	0,595
CISS SSE	71,01	45,02	1,58	0,209
CISS SSU	19,43	29,62	0,66	0,520
CISS SSU ACZ	11,40	13,29	0,86	0,425
CISS SSU PKT	2,99	5,55	0,54	0,584

Test Levene'a jednorodności wariancji – style radzenia sobie ze stresem: CISS – stopień niedosłuchu

	Stopień niedosłuchu, F: 4, 249			
	MS Efekt	MS Błąd	F	p
CISS SSZ	40,10	39,02	1,03	0,393
CISS SSE	49,10	44,79	1,10	0,359
CISS SSU	29,40	29,31	1,00	0,407
CISS SSU ACZ	16,10	13,48	1,19	0,314
CISS SSU PKT	10,59	5,60	1,89	0,113

Test Levene'a jednorodności wariancji – samoocena: MSEI – płeć

	Płeć, F: 1, 407			
	MS Efekt	MS Błąd	F	p
MSEI OS	64,66	14,09	4,59	0,033
MSEI K	0,04	9,73	0,00	0,950
MSEI BK	53,29	14,27	3,73	0,054
MSEI P	4,58	12,90	0,36	0,552
MSEI ZP	0,10	10,73	0,01	0,922
MSEI S	0,01	10,99	0,00	0,981
MSEI SM	14,10	10,66	1,32	0,251

Test Levene'a jednorodności wariancji – samoocena: MSEI – wiek

	Wiek, F: 1, 407			
	MS Efekt	MS Błąd	F	p
MSEI OS	25,53	13,92	1,83	0,176
MSEI K	1,50	9,53	0,16	0,692
MSEI BK	115,59	14,61	7,91	0,050
MSEI P	26,83	12,68	2,12	0,147
MSEI ZP	52,42	10,74	4,88	0,028
MSEI S	13,09	10,78	1,22	0,271
MSEI SM	150,31	10,19	14,75	0,010
MSEI AF	12,81	13,67	0,94	0,334
MSEI W	58,11	15,49	3,75	0,053
MSEI IT	34,35	10,64	3,23	0,073
MSEI OWS	172,74	19,83	8,71	0,011

Test Levene'a jednorodności wariancji – samoocena: MSEI – miejsce zamieszkania

	Miejsce zamieszkania, F: 2, 406			
	MS Efekt	MS Błąd	F	p
MSEI OS	58,31	13,99	4,17	0,016
MSEI K	27,64	9,55	2,90	0,056
MSEI BK	59,27	14,94	3,97	0,020
MSEI P	57,62	12,55	4,59	0,011
MSEI ZP	29,15	10,64	2,74	0,066
MSEI S	22,88	10,98	2,08	0,126
MSEI SM	44,03	10,50	4,19	0,016
MSEI AF	18,75	13,61	1,38	0,253
MSEI W	2,36	15,54	0,15	0,859
MSEI IT	27,58	10,84	2,54	0,080
MSEI OWS	17,90	20,35	0,88	0,416

Test Levene'a jednorodności wariancji – samoocena: MSEI – pozycja zawodowa

	Pozycja zawodowa, *F*: 2, 253			
	MS Efekt	*MS* Błąd	*F*	*p*
MSEI OS	7,78	13,28	0,59	0,557
MSEI K	16,90	9,27	1,82	0,164
MSEI BK	18,41	15,55	1,18	0,308
MSEI P	9,80	13,08	0,75	0,474
MSEI ZP	6,51	11,06	0,59	0,556
MSEI S	16,90	11,48	1,47	0,231
MSEI SM	55,68	9,42	5,91	0,003
MSEI AF	6,96	13,79	0,50	0,604
MSEI W	2,57	17,04	0,15	0,860
MSEI IT	14,62	11,31	1,29	0,276
MSEI OWS	51,26	19,25	2,66	0,072

Test Levene'a jednorodności wariancji – samoocena: MSEI – sposób protezowania

	Sposób protezowania, *F*: 2, 253			
	MS Efekt	*MS* Błąd	*F*	*p*
MSEI OS	6,33	15,18	0,42	0,660
MSEI K	13,09	9,74	1,34	0,263
MSEI BK	30,40	13,64	2,23	0,111
MSEI P	19,88	14,01	1,42	0,245
MSEI ZP	12,73	10,55	1,21	0,302
MSEI S	20,53	10,52	1,95	0,145
MSEI SM	11,96	11,83	1,01	0,366
MSEI AF	2,46	12,82	0,19	0,825
MSEI W	1,18	14,09	0,08	0,920
MSEI IT	16,36	8,96	1,83	0,164
MSEI OWS	80,92	18,69	4,33	0,015

Test Levene'a jednorodności wariancji – samoocena: MSEI – głębokość niedosłuchu

	Głębokość niedosłuchu, F: 3, 311			
	MS Efekt	MS Błąd	F	p
MSEI OS	15,76	14,13	1,12	0,343
MSEI K	6,22	10,32	0,60	0,614
MSEI BK	31,97	15,17	2,11	0,099
MSEI P	14,30	13,09	1,09	0,352
MSEI ZP	14,09	11,27	1,25	0,292
MSEI S	12,36	10,96	1,13	0,338
MSEI SM	14,05	10,36	1,36	0,256
MSEI AF	8,90	13,56	0,66	0,579
MSEI W	7,34	15,70	0,47	0,705
MSEI IT	7,26	11,29	0,64	0,588
MSEI OWS	33,17	20,58	1,61	0,187

Bibliografia

Açak, M., Kaya, O. (2016). A review of self-esteem of the hearing impaired football players. *Universal Journal of Educational Research*, 4, 3, 524–530.

Alarcon, G., Eschlemen, K., Bowling, N. (2009). Relationships between Personality Variables and Burnout: A Meta-Analysis. *Work and Stress*, 23, 3, 244–263.

Amirkhan, J.H., Greaves, H. (2010). Sense of coherence and stress: The mechanics of a healthy disposition. *Psychology & Health*, 18, 1, 31–62.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. W: J.D Mattarazzo, C.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller, S.M. Weiss (eds.), *A handbook of health enhancement and disease prevention* (s. 114–129). New York: John Wiley and Sons.

Antonovsky, H. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN.

Antonovsky, H., Sagy, S. (1986). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *Journal of Social Psychology*, 126, 2, 213–226.

Arslan, C., Dilmaç, B., Hamarta, E. (2009). Coping with stress and trait anxiety in terms of locus of control: A study with Turkish university students. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 37, 6, 791–800.

Ataria, Y. (2015). Sense of ownership and sense of agency during trauma. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 14, 1, 199–212.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychology*, 37, 2, 122–147.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: W.H. Freeman.

Bandura, A. (1999). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 21–41.

Bardziejewska, M. (2005). Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków? W: A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 345–379). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Biuro Kongresu Kobiet (2011). *Raport o osobach niepełnosprawnych w Polsce*. Pobrano z: http://samorzad.pap.pl/palio/html.run?_Instance=cms_samorzad.pap.pl&_PageID=6&_media_id=57272&_filename=KK_2011_06.06_raport_o_niepelnosprawnych.pdf&_mimetype=application/pdf&_CheckSum=780010585.

Blamey, P.J., Sarant, J.Z, Paatsch, L.E., Barry, J.G., Bow, C.P., Wales, R.J., Wright, M., Psarros, C., Rattigan, K., Tooher, R. (2001). Relationships among speech perception, production, language, hearing loss, and age in children with impaired hearing. *Journal of Speech Language and Hearing Research, 44, 2, 264–285.*

Brzeziński, J. (1999). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Campbell, J.D., Chew, B., Scratchley, L.S. (1991). Cognitive and emotional reactions to daily events: The effects of self-esteem and self-complexity. *Journal of Personality*, 59, 473–505.

Campbell-Sills, L., Cohan, S.L., Stein, M.B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 4, 585–599.

Cannon, W. (1915). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. New York, London: Appleton and Company.

Cannon, W. (1929). Organisation for physiological homeostasis. *Physiological Reviews*, 9, 3, 399–431.

Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100.

Carver, C.S., Ganellen, R.J. (1983). Depression and components of self-punitiveness: High standards, self-criticism, and overgeneralization. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 330–337.

Charaziak, K. (2007), *Skrypt szkoleniowy*. Wrocław: Audiofon.

Cooley, C. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Scribner's Sons.

Crandell C. (1998). Hearing aids: Their effects on functional health status. *Hearing Journal*, 51, 2, 22–32.

Creswell, J.W. (2009). *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Crocker, J., Park, L.E. (2004). The Costly Pursuit of Self-Esteem. *Psychological Bulletin*, *130*, 3, 392–414.

Czapiński, J. (2009). Szczęście – złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych. W: M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć* (s. 266–306). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Czyż, A. (2015a). W stronę świata dźwięków. W: J. Trzaskalik (red.), *Interdyscyplinarne aspekty wczesnej diagnozy logopedycznej* (s. 135–159). Kraków, Mysłowice: Akademia Ignatianum, Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna imienia Kardynała Augusta Hlonda.
Czyż, A. (2015b). Nowoczesne rozwiązania protetyczne dla zwiększenia możliwości rozwojowo-komunikacyjnych osób z uszkodzonym narządem słuchu. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Paedagogica*, 5, 26–34.
Czyż, A. (2017). Ocena działania protez słuchowych jako zasobów fizycznych osób z dysfunkcją narządu słuchu, w drodze ku lepszej jakości życia. W: J. Golonka-Legut, A. Wąsiński, W. Wójcik, *Doświadczanie niepełnosprawności i choroby przewlekłej w perspektywie jednostki i rodziny* (s. 125–140). Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Janusza Korczaka.
Czyż, A. (red.) (2018). *Źródła stresu osób z dysfunkcją narządu słuchu. Projekt badawczy realizowany w ramach kursu Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu*. UP im. KEN w Krakowie, rozprawa niepublikowana.
Czyż, A. (2019). *Jak radzi sobie ze stresem słabosłysząca młodzież?* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego.
Czyż, A. (w druku). *The level of stress and coping stress styles of Polish students with hearing impairment*.
Czyż, A., Plutecka, K. (2016). The assessment of quality of perception of the acoustic signals by patients with sensorineural deafness. *Polish Journal of Social Science*, 11, 1, 83–98.
Czyż, A., Plutecka, K. (2018). *Zarys audiofonologii edukacyjnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego.

Dąbrowski, K. (1974a). *Zdrowie psychiczne a wartości ludzkie*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.
Dąbrowski, K. (1974b). *Dwie diagnozy*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.
Dąbrowski, K. (1975). *Trud istnienia* (wyd. 3). Warszawa: Antyk.
Dąbrowski, K. (1979). *Dezintegracja pozytywna.* Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
Dąbrowski, K. (1996). *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego* (wyd. 2). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Delgado, C. (2007). Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. Journal of *Nursing Scholarship*, 39, 3, 229–234.
DeLongis, A., Folkman, S., Lazarus, R. (1988). The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators. *Journal*

of Personality and Social Psychology, 54, 3, 486–495.
Dubczyńska, M. (1999). Wpływ wsparcia społecznego na korzystanie z aparatu słuchowego. Sprawozdanie z badań. *Słuch*, 3(28), 6–7.

Endler, N., Parker, J. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 5, 844–854.
Endler, N., Parker, J. (1993). The multidimensional assessment of coping: Concepts, issues and measurement. W: G.L. Van Heck, P. Bonaiuto, I. Deary, W. Nowak (eds.), *Personality psychology in Europe* (vol. 4, s. 309–319). Tilburg: Tilburg University Press.
Endler, N., Parker, J.D (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6, 50–60.
Epstein, S. (1973). The self-concept revisited: Or a theory of a theory. *American Psychologist*, 28, 5, 404–416.
Eschenbeck, H., Gillé, V., Heim-Dreger, U., Schock, A., Schott, A. (2017). Daily stress, hearing-specific stress and coping: Self-reports from deaf or hard of hearing children and children with auditory processing disorder. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 22, 1, 49–58.
Estabrooks, W. (ed.) (2006). *Auditory-verbal therapy and practice*. Washington, DC: A.G. Bell.

Fecenec, D. (2008). *Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI. Polska adaptacja. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
Folkman, S., Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 219–239.
Furman A., Skrodzka E. (2012). Audiometria słowna w dzisiejszej protetyce słuchu. *Biuletyn PSPS*, 1, 2–10.

Gałkowski, T. (2011). Podstawy wczesnej interwencji u dzieci z uszkodzeniem słuchu z punktu widzenia psychopatologii rozwojowej. W: T. Gałkowski, M. Radziszewska-Konopka (red.), *Wspomaganie rozwoju małego dziecka z wadą słuchu* (s. 114–133). Warszawa: Polski Komitet Audiofonologii.
Gardner, D.G., Pierce, J.L. (1998). Self-esteem and self-efficacy within the organizational context. *Group and Organization Management*, 23, 48–70.
George, D., Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*. 17.0 update (10a ed.). Boston: Pearson.
Graham, S., Furr, S., Flowers, C., Burke, M.T. (2001). Research and theory religion and spirituality in coping with stress. *Counseling and Values*, 46, 1, 2–13.
Grinker, R., Spiegel J. (1945). *Men under stress.* Michigan: Blakiston Company, University of Michigan.
Gryczyński, M., Pajor, A. (2005). Droga słuchowa i ośrodki słuchu. W: M. Śliwińska-Kowalska (red.), *Audiologia kliniczna* (s. 9–14). Łódź: Mediton.

Gurba, E. (2011). Wczesna dorosłość. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki* (s. 287–311). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Haslam, S., O'Brien, A., Jetten, J., Vormedal, K., Penna, S. (2005). Taking the strain: Social identity, social support, and the experience of stress. *British Journal of Social Psychology*, 44, 3, 355–370.

Haslam, S., Reicher S. (2006). Stressing the group: Social identity and the unfolding dynamics of responses to stress. *Journal of Applied Psychology*, 9, 5, 1037–1052.

Hobfoll, S. (1988). *The series in health psychology and behavioral medicine: The ecology of stress.* Washington, DC: Hemisphere.

Hobfoll, S. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513–524.

Hobfoll, S. (2004). Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress. New York, London: Plenum Press.

Hobfoll, S. (2006). *Stres, kultura i społeczność*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Hobfoll, S., Lilly, R. (1993). Resource as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology*, 21, 128–148.

Hocevar-Boltezar I., Vatovec J., Gros A., Zargi M. (2005). The influence of cochlear implantation on some voice parameters. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 69, 12,1635–1640.

Hojan, E. (2009). *Dopasowanie aparatów słuchowych*. Łódź: Mediton.

Hricová, M. (2018). Coping strategies and social environment of patients with sudden hearing loss. *Health Psychology Report*, 6, 3, 216–221.

ICD-10 (2008). *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10*. T. 1–3. WHO, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu (2012). *Badania przesiewowe w zaburzeniach komunikacyjnych u dzieci w Polsce. Konkluzja Rady Unii Europejskiej. Pierwszy w świecie – System Zintegrowanej Operacji Komunikacyjnej „SZOK"®. Nowe rozwiązania dla medycyny szkolnej. Materiały prasowe*. Warszawa. Pobrano z: https://whc.ifps.org.pl/wp-content/uploads/2012/03/materialy-prasowe_ost_1-2.pdf.

Jakubik, A. (1997). *Zaburzenia osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Jambor, E., Elliott, M. (2005). Self-esteem and coping strategies among deaf students. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10, 1, 63–81.

James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: Henry Holt.

Janiszewska, M., Kulik, T.B., Sztorc, E., Firlej, E. (2016). Stres i sposoby radzenia sobie z nim na przykładzie osób z niedosłuchem. *Pielęgniarstwo Polskie*, 1, 59, 43–48.
Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2012). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
Judge, T., Ilies, R., Zhang, Z. (2012). Genetic influences on core self-evaluations, job satisfaction, and work stress: A behavioral genetics mediated model. *Organizational Behavior and Human Decision Processes,* 117, 1, 208–220.

Kazemi, M., Zandi, H., Torab, F. (2015). The relationship between locus of control with coping styles of problem-focused excited-focused and avoidance among volleyball young men, Karaj City, Iran. *Research Journal Of Sport Sciences*, 3, 11, 290–295.
Kitajew-Smyk, L.A. (1989). *Psychologia stresu*, Wrocław: Ossolineum.
Kobosko, J. (2017). Spostrzeganie wsparcia emocjonalnego a jakość relacji z innymi ludźmi u osób dorosłych z głuchotą prelingwalną, korzystających z implantu ślimakowego od okresu dorosłości. W: K. Parys, M. Pasteczka, J. Sikorski (red.), *Teoria i praktyka oddziaływań profilaktyczno-wspierających rozwój osób z niepełnosprawnością. Konteksty indywidualne i środowiskowe* (s. 221–237). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego.
Kobosko, J., Jedrzejczak, W., Gos, E., Geremek-Samsonowicz, A., Ludwikowski, M., Skarzynski, H. (2018). Self-esteem in the deaf who have become cochlear implant users as adults. *PLoS ONE*. 13, 9: e0203680.
Kochkin, S. (2004). Hearing loss population tops 31 million people: The hearing-impaired population continues to increase – along with satisfaction ratings for hearing instruments. MarkeTrak VII. Pobrano z: http://www.betterhearing.org/sites/default/files/hearingpedia-resources/M7_Hearing_loss_trends_2005.pdf.
Kogovsek, D. (2015). Self-esteem of deaf and hard of hearing compared with hearing adolescents in Slovenia: The context of social and communication factors. *Journal of Special Education and Rehabilitation*, 16, 3/4, 30–51.
Kokoszka, A. (2004). Schemat psychoterapeutycznej diagnozy i interwencji psychoterapeutycznych w praktyce ogólnolekarskiej. *Przewodnik Lekarza*, 5, 60–69.
Korzon, A. (2006). Wczesna rehabilitacja dzieci z wadą słuchu. W: B. Cytowska, B. Winczura (red.), *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka* (s. 269–277). Kraków: Impuls.
Kosaner, J., Deniz, H., Uruk, D., Deniz, M., Kara, E., Amann, E. (2017). Assessment of early language development in Turkish children with a cochlear implant using the TEDIL test. *Cochlear Implants International*, 18, 3, 153–161.

Kosmalowa, J. (2002). Pomoc rodzinie dziecka z wadą słuchu jako podstawowy element oddziaływań w procesie wczesnej interwencji. *Audiofonologia*, 21, 129–138.
Kotyło, P. (2005). Fizjologia przewodzenia dźwięku w narządzie słuchu. W: M. Śliwińska-Kowalska (red.), *Audiologia kliniczna* (s. 29–38). Łódź: Mediton.
Kozielecki, J. (1979). Czynność podejmowanie decyzji. W: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia* (s. 534–565). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
Krakowiak, K. (2000). O potrzebie pomocy dla rodzin wychowujących dzieci z uszkodzeniami słuchu. W: D. Kornas-Biela (red.), *Rodzina. Źródło życia i szkoła miłości* (s. 339–358). Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
Krok, D. (2015). Religiousness, spirituality, and coping with stress among late adolescents: A meaning-making perspective. *Journal of Adolescence*, 45, 196–203.
Kurowska, K., Wieczór-Klein, K. (2011). Sense of coherence and styles of coping with stress in people with hearing impairment. *Otorynolaryngologia*, 10, 1, 42–48.
Kurpas, D., Kusz, J., Jedynak, T., Mroczek, B. (2012). Stopień akceptacji choroby przewlekłej wśród pacjentów. *Family Medicine & Primary Care Review*. 14, 3, 396–398.

Latkowski, B. (red.) (2002). *Poradnik dla protetyków słuchu*. Łódź: Geers – Akustyka Słuchu.
Lazarus, R. (1986). Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 4, 2–39.
Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234–247.
Lazarus, R., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
Lazarus, R., Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. W: M.H. Appley, R. Trumbull (eds.), *Dynamics of stress: Physiological, psychological, and social perspectives* (s. 63–80). New York: Plenum.
Lazarus, R., Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141–169.
Leary, M. (1999). Making sense of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 1, 32–35.
Leary, M., Baumeister, R. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. *Advances in Experimental Social Psychology*, 32, 1–62.
Leary, M.R., Guadagno, J. (2011). The sociometer, self-esteem, and the regulation of interpersonal behavior. W: K.D. Vohs, R.F. Baumeister (eds.),

Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications (s. 339–354). New York: Guilford Press.
Leary, M., Tambor, E., Terdal, S., Downs, D. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 3, 518–530.
Lesar, I., Smrtnik-Vitulić, H. (2014). Self-esteem of deaf and hard of hearing students in regular and special schools. *European Journal of Special Needs Education, 29, 1, 59–73.*
Lightsey, O.R. (1994). „Thinking positive" as a stress buffer: The role of positive automatic cognitions in depression and happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 4, 1, 3, 325–334.

Łukasiewicz, J. (2008). *Rozwój emocjonalny dzieci i młodzieży z wadą słuchu.* W: *Diagnoza psychologiczna osób niesłyszących*. Materiały Ogólnopolskiej Konferencji Specjalistycznej, Poznań: OSW dla Dzieci Niesłyszących.

Mäkikangas, A., Kinnunen, U. (2003). Psychosocial work stressors and well-being: Self-esteem and optimism as moderators in a one-year longitudinal sample. *Personality and Individual Differences*, 35, 3, 537–557.
Markus, H. (1980). The self in thought and memory. W: D.M. Wegner, R.R. Vallacher (eds.), *The self in social psychology*. New York: Oxford University Press. 102–130.
Matczak, A. (2003). *Zarys psychologii rozwoju*. *Podręcznik dla nauczycieli.* Warszawa: Żak.
Mead, G. (1932). *Philosophy of present.* LaSalle: Open Court Publishers.
Mead, G. (1934). *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press.
Mehra, S., Eavey, R., Keamy, D. (2009). The epidemiology of hearing impairment in the United States: Newborns, children, and adolescents. *Otolaryngology: Head and Neck Surgery, 140, 4, 461–472.*
Miguel, J.H., Novaes, B.C (2013). Hearing rehabilitation in children: Adhesion to treatment and use of hearing aids. *Audiology-Communication Research*, 18, 3, 171–178.
Mildner, V., Sindija, B., Zrinski, K.V. (2006). Speech perception of children with cochlear implants and children with traditional hearing aids. *Clinical Linguistics & Phonetics*. 20, 219–229.
Mocarska D. (2009). *Jakość życia dzieci po zabiegu wszczepienia implantu ślimakowego*. Poznań, rozprawa doktorska niepublikowana.
Moore, B. (1999). *Wprowadzenie do psychologii słyszenia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Moos, R.H., Schaefer, J.A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. W: L. Goldberger, S. Breznits (eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (s. 234–257). New York: The Free Press.

Mudyń, K. (2003). Czy można mieć zasoby, nie mając do nich dostępu? Problem dostępności zasobów. W: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 63–77). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
Mulat, M., Savolainen, H., Lehtomäki, E., Kuorelahti M. (2016). The self-concept of deaf/hard-of-hearing and hearing students. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21, 4, 345–351.
Mulbury, D. (1995). *Locus of control and coping style as stress moderators in achievement oriented individuals*. University of Hartford, rozprawa niepublikowana.

Neitzel, R., Fligor, B. (2017). Determination of risk of noise-induced hearing loss due to recreational sound: Review WHO.

O'Brien, E.J. (1985). Global self-esteem scales: Unidimensional or multidimensional? *Psychological Reports*, 57, 2, 383–389.
O'Brien E.J., Epstein S. (1998). *MSEI: The Multidimensional Self-Esteem Inventory professional manual*. Lutz: Psychological Assessment Resources.
Obuchowski, K. (1982). Badania osobowości efektywnej. W: K. Obuchowski, W. Paluchowski (red.), *Efektywność a osobowość* (s. 5–15). Wrocław: Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.
Ogińska-Bulik, N. (2006). Czy osobowość sprzyja etiopatogenezie chorób? Nowe kierunki badań – osobowość typu D. *Nowiny Psychologiczne*, 2, 5–22.
Oleszkowicz, A., Senejko, A. (2011). Dorastanie. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki* (s. 259–286). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Ong, D., Bergeman, C. Bisconti, T., Wallace, A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 4, 730–749.
Orth, U., Robins, R.W., Widaman, K., Conger, R. (2014). Is low self-esteem a risk factor for depression? Findings from a longitudinal study of Mexican-origin youth. *Developmental Psychology*, 50, 622–633.
Ostojić, S., Djoković, S., Dimić, N., Mikić, B. (2011). Cochlear implant – speech and language development in deaf and hard of hearing children following implantation. *Vojnosanitetski Pregled: Military-medical and pharmaceutical review*, 68, 4, 349–352.
Ostojić, S., Djoković, S., Radić-Šestić, M., Nikolić, M., Mikic, B., Miric, D. (2015). Factors contributing to communication skills development in cochlear implanted children. *Vojnosanitetski Pregled*, [in:] Military-medical and pharmaceutical review 72, 57–57.

Peacock, E., Wong, P. (1996). Anticipatory stress: The relation of locus of control optimism and control appraisals to coping. *Journal of Research in*

Personality, 30, 204–222.
Plutecka, K. (2013a). Kohabitacja a jakość życia młodzieży niesłyszącej. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 3, 160–170.
Plutecka, K. (2013b). Rola ojca w rehabilitacji dziecka niesłyszącego z implantem ślimakowym. W: K Ćwirynkało, C. Kosakowski, A. Żywanowska (red.), *Kierunki rozwoju pedagogiki specjalnej* (s. 265–276). Kraków: Impuls.
Plutecka, K. (2016). Uwarunkowania wychowania audytywno-werbalnego dzieci niesłyszących. *Logopedia*, 45, 269–280.
Podgórska-Jachnik, D. (2013). *Głusi. Emancypacje*. Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
Popa, G.S., Podea, D.M. (2013). Stress-related growth, self-esteem and perceived self-efficacy among professional rescuers. *Social and Behavioral Sciences*, 89, 720–724.
Poprawa, R. (1996). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia* (s. 101–136). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
Poursoroush, S., Ghorbani, A., Soleymani, Z., Kamali, M., Yousefi, N., Poursoroush, Z. (2015). Speech intelligibility of cochlear-implanted and normal-hearing children. *Iran Journal of Otorhinolaryngology,* 27, 82, 361–367.

Reykowski, J. (1966). *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stressu psychologicznego*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Book.

Sahli, S., Belgin, E. (2006). Comparison of self-esteem level of adolescents with cochlear implant and normal hearing. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 70, 1601–1608.
Schauwers, K., Gillis, S., Daemers, K., De Beukelaer, C., De Ceulaer, G., Yperman, M., Govaerts, P.J. (2004). Normal hearing and language development in a deaf-born child. *Otology and Neurotology, 25, 6, 924–929.*
Scheier, M., Carver, C. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being. Theoretical overview and empirical update. Cognitive Therapy and Research, 16, 2, 201–228.
Schiffrin, H.H., Nelson, S.K. (2010). Stressed and happy? Investigating the relationship between happiness and perceived stress*. Journal of Happiness Studies*, 11, 1, 33–39.
Schmitt, C., Patak, M., Kröner-Herwig, B. (2000). Stress and the onset of sudden hearing loss and tinnitus. *International Tinnitus Journal*, 6, 1, 41–49.
Schwarzer, R. (1997). Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i

nowy model. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 175–205). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Schwarzer, R., Taubert, S. (1999). Radzenie sobie ze stresem. Wymiary i procesy. *Promocja Zdrowia. Nauki społeczne i medycyna*, 17, 72–92.
Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist*, 10, 50, 12, 965–974.
Seligman, M. (2005). *Prawdziwe szczęście. Psychologia pozytywna a urzeczywistnienie naszych możliwości trwałego spełnienia*. Poznań: Media Rodzina.
Seligman, M. (2010). *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie.* Poznań: Media Rodzina.
Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
Selye, H. (1960). *Stres życia*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
Selye, H. (1978). *Stres okiełznany*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
Selye, H. (1979a). The stress concept and some of its implications. W: V. Hamilton, J. Warburton (eds.), *Human stress and cognition: An information processing approach* (s. 11–32). Chichester: John Wiley & Sons.
Selye, H. (1979b). *Stress, health and disease*. Reading: Butterworths.
Shield, B. (2012). Ocena społecznych i ekonomicznych kosztów uszkodzeń słuchu. Raport dla organizacji „Hear-It" [Evaluation of the social and economic costs of hearing impairment. A report for Hear-It. October 2006]. *Audiofonologia*, 28, 1–2, 5–10.
Strelau, J., Jaworowska, A., Wrześniewski, K., Szczepaniak, P. (2009). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Podręcznik do polskiej normalizacji*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
Svirsky M.A., Robbins, A., Kirk, K.I., Pisoni, D.B., Miyamoto, R.T. (2000). Language development in profoundly deaf children with cochlear implants. *Psychological Science*, 11(2), 153–158.
Szmeja, Z. (2000). Działanie hałasu na organizm ludzki. W: A. Pruszewicz (red.), *Zarys audiologii klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego.

Śliwińska-Kowalska, M. (2005). *Patologia uszkodzeń słuchu spowodowanych hałasem*. W: M. Śliwińska-Kowalska (red.), *Audiologia kliniczna*. Łódź: Mediton.

Świdziński, M., Gałkowski, T. (2003). *Studia nad kompetencją językową i komunikacją niesłyszących*. Warszawa: Polski Komitet Audiofonologii.

Theunissen, S., Rieffe, C., Netten, A., Briaire, J., Soede, W., Kouwenberg, M., Johan H.M. Frijns, J. (2014). Self-esteem in hearing-impaired children: The influence of communication, education, and audiological characteristics. *PL(o)S ONE*, 9, 4: e94521.

Tomaszewski, T. (1979). Mechanizmy regulacyjne czynności ludzkich. W: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia* (s. 522–533). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Tomaszewski, T. (1984). *Ślady i wzorce*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Vaccari, C., Marschark, M. (2006). Communication between parents and deaf children: Implications for social-emotional development. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 7, 793–801.

Veenhoven, R. (1988). The utility of happiness. *Social Indicators Research*, 20, 333–354.

Veenhoven, R. (1989). National economic prosperity and individual happiness. W: K.G. Grunert, T. Olander, *Understanding Economic Behavior* (s. 9–32). London: Kluwer Academic.

Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative. *Social Indicators Research*, 24, 1–34.

Walker, R., Wingate, L., Obasi, E., Joiner, T. (2008). An empirical investigation of acculturative stress and ethnic identity as moderators for depression and suicidal ideation in college students. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 14, 1, 75–82.*

Wang, J., le Clercq, C.M.P., Sung, V., Carew, P., Liu, R.S., Mensah, F.K., Burt, R.A, Gold, L., Wake, M. (2018). Cross-sectional epidemiology of hearing loss in Australian children aged 11–12 years old and 25-year secular trends. Archives of Disease in Childhood, 103, 6, 579–585.

Warner-Czyz, A., Loy, B., Evans, Ch., Wetsel, A., Tobey, E. (2015). Self-esteem in children and adolescents with hearing loss. *Trends in Hearing*, 19, 2331216515572615.

Watson, S., Henggeler, S.W., Whelan, J.P. (1990). Family functioning and the social adaptation of hearing-impaired youths. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 2, 143–163.

Whitehead B., Bergeman, C. (2012). Coping with daily stress: Differential role of spiritual experience on daily positive and negative affect. *The Journal of Gerontology, Series. Psychological Sciences and Social Sciences*, 67, 4, 456–459.

WHO (2010). Pobrano z: http://who.int/en. [16.09.2010]

WHO (2012). *WHO global estimates on prevalence of hearing loss: Mortality and burden of diseases and prevention of blindness and deafness*. Pobrano z: http://www.who.int/pbd/deafness/WHO_GE_HL.pdf.
WHO (2018). *Deafness and hearing loss*. Pobrano z: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss.

Yorgun, M., Sürmelioğlu, Ö., Tuncer, Ü., Tarkan, Ö., Özdemir, S., Çekiç, E., Çetik, F., Kıroğlu M. (2015). Quality of life in pediatric cochlear implantations. *The Journal of International Advanced Otology*, 11, 3, 218–221.

Zaidman-Zait, A., Dotan, A. (2017). Everyday stressors in deaf and hard of hearing adolescents: The role of coping and pragmatics. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 22, 3, 257–268.
Zheng, J. (2013). Measuring self-esteem of deaf/hard of hearing college students*. Journal of Special Education and Rehabilitation*, 14, 1/2, 55–65.

© Copyright by Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2019
© Copyright by Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej, Kraków 2019

Recenzenci:
dr hab. Dorota Podgórska-Jachnik, prof. UKW
prof. dr hab. Tadeusz Gałkowski

Opracowanie typograficzne wersji elektronicznej:
Andrzej Augustyński

Projekt okładki:
Anna Maria Damasiewicz

ISBN wersji drukowanej: 978-83-8095-615-5
ISBN wersji elektronicznej: 978-83-8095-670-4

impuls

Oficyna Wydawnicza „Impuls”
30-619 Kraków, ul. Turniejowa 59/5
tel./fax: (12) 422 41 80, 422 59 47, 506 624 220
www.impulsoficyna.com.pl, e-mail: impuls@impulsoficyna.com.pl
Wydanie I, Kraków 2019